



**SECTOR  
PRIVADO**



# **GUIA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA**

**TERCERA EDICIÓN**

**2018**

**DR. MIGUEL MAYO DI BELLO**  
MINISTERIO DE SALUD

**DR. ERIC ULLOA**  
VICEMINISTRO DE SALUD

**DRA. ITZA BARAHONA DE MOSCA**  
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA**

Dra. Lourdes García  
Dra. Rocío Arjona c.  
Dr. Héctor Cedeño  
Dra. Isela Rentería  
Dra. Yadira de Moltó  
Dra. Lourdes Moreno  
Dra. Lizbeth Cerezo  
Dra. Indra Singh  
Dr. Israel Cedeño  
Dra. Marcela Reyes  
Lic. María Mastelari  
Lic. Carmen Lange  
Dra. Lizbeth Hayer

**SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS-DE**

Tec. Dennys Rodriguez  
Lic. Graciliana Chiari  
Lic. Felicia m. De murillo

**SECRETARIA**

Rubiela S. de Mitchell  
Iris Valdespino  
Digna Barría

**MENSAJERIA**

Zoraida Barrantes

**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**

Lic. Itzel de Hewitt  
Lic. Dalys Pinto  
Lic. Sandra Silgado  
Lic. Sheila Ortiz

**SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS-PAI**

Lic. Diana Miranda  
Lic. Tomás Palacios  
Lic. Sadia Muñóz

**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA- CAJA DE SEGURO SOCIAL**

Dr. Rudick Kant  
Dra. Yaribeth Ramos  
Lic. Aneth Graig

**COORDINADORES DE EPIDEMIOLOGÍA REGIONALES, HOSPITALES NACIONALES Y SECTOR PRIVADO**

<b>BOCAS DEL TORO</b> Dr. Abdiel Rodriguez Lic. Marilyn Rodriguez	<b>C. NGABE BUGLÉ</b> Dr. Barry Arce Lic. Julissa Caballero	<b>C. GUNA YALA</b> Dr. Edison Murillo Lic. Leonidas Troncoso	<b>VERAGUAS</b> Dr. Ricardo Chong Lic. Argelis Espinosa
<b>DARIEN</b> Dr. Eusebio Villarreal Dra. Carmela Jackman Lic. Zareth Cerrud	<b>COLON</b> Dr. Julio Palacios Dra. Delia Santizo Lic. Maritza Francis	<b>HERRERA</b> Dr. Martin Meza Dra. Virginia Núñez Lic. Ruth Murillo	<b>HOSP. SANTO TOMAS</b> Dr. Carlos Brandaris Dra. Jennifer Castillo Lic. Dayana Rodriguez
<b>SAN MIGUELITO</b> Dra. Astevia Vega Dr. Ricardo Gvette Lic. Arminda Alvarado	<b>METROPOLITANA</b> Dr. Alfredo Moltó Dra. Carmen Pérez Lic. Florentina Dixon	<b>PANAMÁ OESTE</b> Dr. Rafael Ortega Lic. Xiomara Núñez Lic. Damaris Ramos	<b>CHIRIQUÍ</b> Dr. Pablo Acosta Dra. Ericka Ferguson Lic. Marisela Arjona
<b>COCLÉ</b> Dr. Domicio Espino Lic. Natty Aguirre	<b>LOS SANTOS</b> Dr. Carlos Muñóz Lic. Oderay Barrios	<b>PANAMÁ NORTE</b> Dr. Orlando Athanasiades Lic. Adriana Mike	<b>PANAMÁ ESTE</b> Dr. Juan Rodriguez Dr. Pedro Sánchez Lic. Gloribeth Velásquez
<b>CHMAAM</b> Dra. Elizabeth Frago Lic. Deyra Santana	<b>CENTRO MÉDICO PAITILLA</b> Dra. Elsa de Ávila	<b>HOSPITAL DEL NIÑO</b> Dr. Raúl Esquivel Lic. Damaris Morales	<b>HEPOT</b> Dra. Isis Castillo Lic. María Castillo
<b>HOSP.S. FERNANDO</b> Lic. Luz Marina De León			<b>ION</b> Lic. Ana Cavalli

## INDICE

I. Guía de eventos para la Vigilancia Epidemiológica.....	1
I.A Guía de eventos de Salud Pública objeto de Investigación Obligatoria.....	11
I.B Guía para la elaboración de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica.....	13
I.C Guía para el Abordaje de algunas Enfermedades Notificación Obligatoria.....	14
1. Amebiasis	
2. Anquilostomiasis (uncinariasis)	
3. Botulismo	
4. Brucelosis	
5. Chancro blando o chancroide	
6. Chikungunya	
7. Cólera	
8. Dengue	
9. Diarrea por Rotavirus	
10. Difteria	
11. Efecto tóxico del contacto con Escorpión (Alacrán)	
12. Efecto tóxico del contacto con Serpiente (Ofidio)	
13. Efecto tóxico por Metales	
14. Efecto tóxico/Intoxicación Aguda por Plaguicidas (IAPs)	
15. Fiebre Equina Venezolana	
16. Enfermedad por el virus del Nilo Occidental	
17. Fiebres Víricas transmitidas por Mosquito y Culoides: Encefalitis Equina del Este, San Luis y del Oeste	
18. Enfermedad de Chagas	
19. Enfermedad por Hantavirus	
20. Enfermedad Renal Crónica	
21. Infección Meningocócica o Meningococcemia	
22. Meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i>	
23. Fiebre Amarilla Selvática y Urbana	
24. Filariasis	
25. Granuloma inguinal	
26. Hepatitis A	
27. Hepatitis B	
28. Hepatitis C	
29. Hepatitis D	
30. Hepatitis E	
31. Herpes genital	
32. Infección Gonocócica	
33. Virus de la Inmunodeficiencia Humana	
34. Infección por papiloma virus (IVPH)	
35. Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)	
36. Infección por virus Linfotrópico Humano (HTLV I-II)	
37. <i>Influenza</i>	
38. Intoxicación Alimentaria	
39. Invaginación o Intususcepción intestinal en niños menores de un año	
40. Leishmaniasis	
41. Lepra o enfermedad de Hansen	
42. Leptospirosis	
43. Linfogranuloma venéreo	
44. Melioidosis	
45. Meningitis Bacteriana	
46. Meningitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i> (spn)	
47. Meningitis por <i>Haemophilus influenzae</i>	
48. Meningitis viral	
49. Mortalidad Materna (MM)	
50. Mortalidad Perinatal (MP)	

51. Mortalidad Infantil (MI)
52. Malaria
53. *Poliomielitis y Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores de 15 años*
54. *Parotiditis infecciosa*
55. Rabia en Humanos
56. Rickettsiosis
57. Rubeola
58. Síndrome de Rubeola congénita (SRC)
59. Salmonelosis
60. Sarampión
61. Sífilis Adquirida
62. Sífilis Congénita
63. Sífilis en Embarazada
64. Síndrome Febril Agudo Hemorrágico
65. Síndrome Febril Agudo Ictérico
66. Síndrome Febril Agudo con manifestaciones Neurológicas
67. Síndrome Febril Agudo con manifestaciones Respiratorias
68. Tétanos
69. Tos ferina
70. Toxoplasmosis
71. Tuberculosis (TB)
72. Uretritis inespecífica
73. Varicela
74. Zika

II.	Formularios Epidemiológicos.....	255
II.1	Formulario de Notificación e Investigación de Caso de Diarrea por Rotavirus.....	
II.2	Formulario de Toma de Muestra para el Diagnóstico de Enfermedad de Chagas.....	
II.3	Instrumento de Investigación de Eventos Adversos después de las Inmunizaciones.....	
II.4	Instructivo de Instrumento de Investigación de Eventos Adversos después de las Inmunizaciones.....	
II.5	Formulario de Notificación e Investigación de Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas (IAPs).....	
II.6	Instructivo para el llenado del Formulario de Notificación e Investigación de Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas.....	
II.7	Formulario de Notificación e Investigación de Casos de Invaginación Intestinal.....	
II.8	Formulario para la Investigación de Casos de Malaria.....	
II.9	Formulario para la Vigilancia de la Influenza-Síndrome Gripal Infecciones Respiratorias Agudas Graves-Bronconeumonías- Neumonías Virales-Bronquiolitis.....	
II.10	Formularios para la Búsqueda Activa de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en Instalaciones de Salud.....	
II.11	Instructivo para el Formulario de Búsqueda Activa de Casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en Instalaciones de Salud.....	
II.12	Formulario de Notificación e Investigación de Casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) y para el envío de muestras al laboratorio Gorgas.....	
II.13	Formulario para la Búsqueda Activa de Casos Sospechosos Sarampión y Rubéola en las Instalaciones de Salud.....	
II.14	Instructivo para el llenado del Formulario de Búsqueda Activa de Casos de Sarampión y Rubéola en Instalaciones de Salud.....	
II.15	Formulario de Notificación e Investigación de Casos de Sarampión y Rubéola y su envío de muestras al laboratorio Gorgas.....	

II.16	Formulario de Notificación e Investigación de casos de sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) y su envío de muestras al Laboratorio Gorgas.....	
II.16	Formulario de Notificación e Investigación de Sífilis en el Embarazo Parto o Puerperio.....	
II.17	Formulario de Notificación e Investigación de Sífilis Congénita.....	
II.18	Búsqueda Activa de Tétanos Neonatal (TNN) en la comunidad.....	
II.19	Formulario de Investigación de Tosferina o Síndrome Coqueluchoide.....	
II.20	Formulario para la Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública.....	
II.21	Formulario Genérico de Investigación Individual de Eventos de Notificación Obligatoria.....	
II.22	Notificación Obligatoria de Brote de cualquier etiología.....	
II.23	Caracterización del Brote.....	
III.	Decreto Ejecutivo N°1617 de octubre de 2014.....	292
	Bibliografía.....	
	Directorio de Epidemiología: Nacional, Regionales y Hospitales.....	

## I. GUÍA DE EVENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

### Concepto:

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

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

Este concepto tiene dos componentes prácticos:

- La medición sistemática de problemas prioritarios de salud en la población, el registro y la transmisión de datos.
- La comparación e interpretación de datos con el fin de detectar posibles cambios en el estado de salud de la población y su ambiente.

Esta definición destaca tres características de la vigilancia:

1. Es un proceso continuo y sistemático, es decir, no es una actividad aislada en el tiempo, ni se puede ejecutar sin métodos;
2. Es un proceso de escrutinio de tendencias; y,
3. Es un proceso de comparación, entre lo que se observa y lo que se espera, para detectar o anticipar cambios en la frecuencia, distribución o determinantes de la enfermedad en la población.

### Objetivos:

1. Facilitar técnicamente la generación de datos por medio de normas y protocolos específicos para convertirlos en información epidemiológica útil para la gestión de salud.
2. Observar los cambios en los patrones de ocurrencia de los determinantes de los eventos del proceso de salud-enfermedad.
3. Detectar cambios agudos en la ocurrencia y distribución de las enfermedades.
4. Detectar cambios en las prácticas de salud.
5. Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias y patrones del proceso salud- enfermedad en las poblaciones.
6. Investigar y controlar las enfermedades bajo vigilancia amparadas por el marco legal vigente.

7. Evaluar las medidas de prevención y control en salud pública.
8. Recomendar sobre bases objetivas y científicas, las medidas a corto, mediano y largo plazo para prevenir o controlar los eventos adversos a la salud.
9. Planear y evaluar los programas de salud (según criterios de eficacia epidemiológica, eficiencia administrativa y de personal).
10. Difundir la información a las instituciones involucradas en el sistema de vigilancia y a la comunidad nacional e internacional.

**Etapas y actividades básicas del sistema de vigilancia**

<b>Etapas</b>	<b>Actividades</b>
Recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operacionalización de las guías normativas</li> <li>- Detección de casos</li> <li>- Notificación</li> <li>- Clasificación de casos</li> <li>- Validación de los datos.</li> </ul>
Análisis de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidación de los datos</li> <li>- Análisis de variables epidemiológicas básicas.</li> </ul>
Interpretación de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparación con datos previos e incluso de variables locales no consideradas en la recolección de datos.</li> </ul>
Difusión de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración de materiales de difusión para distintos niveles de decisiones.</li> </ul>

A continuación, se mencionan las actividades y responsables principales según niveles del sistema de salud. Es importante indicar que según el nivel de complejidad del sistema se podrá disponer de otras disciplinas que fortalecen el equipo de trabajo; nos hemos limitado a presentar los recursos nucleares básicos disponibles.

Para la interpretación de los cuadros, las abreviaturas tienen los siguientes significados:

MED = médico(a)	ENF = enfermera(o)
EST = estadístico(a)	LAB = laboratorio clínico
FAR = farmaceuta	TS = trabajo social
VET = veterinario(a)	ASS = asistente de salud
VEC = insp. de vectores	L = nivel local
C = nivel central	R = nivel regional

## ACTIVIDADES PRINCIPALES

### 1. Generación y recolección de datos

RESPONSABILIDADES	MED			ENF			EST			LAB			FAR			TS			VET			VEC			ASS
	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	L
1. Identificar las fuentes de información para: Vigilancia:																									
▪ Rutinaria	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x		x	x		x	x	x	x	x		
▪ Especial	x	x	x	x	x	x	x			x	x		x			x			x	x	x		x		
▪ Sindrómica	x	x	x	x	x		x			x			x			x			x	x		x			
▪ Centinela	x	x		x	x		x			x			x			x			x			x			
▪ Enfermedades crónicas	x	x		x	x		x			x			x			x			x			x			
▪ Internacional	x	x					x	x	x			x					x		x	x		x		x	
▪ De brotes y epidemias	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x		x	x		x	x	x	x	x	x	
2. Recolectar la información de Vigilancia:																									
▪ Rutinaria	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
▪ Especial		x	x		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
▪ Sindrómica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
▪ Centinela		x	x		x	x	x	x	x		x	x		x	x	x	x		x	x		x		x	
▪ Enfermedades crónicas	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x			x		x			x	x	x	x	x	x	
▪ Internacional	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x		x	x		x	x	x	x		x	
▪ De brotes y epidemias									x			x			x			x						x	
3. Detectar los casos y eventos según normas epidemiológicas.									x															x	
4. Recolectar la información necesaria según criterios de casos.		x	x		x	x		x				x									x	x		x	
5. Notificar los datos registrados según periodicidad: diaria, semanal, mensual, u otras	x	x	x	x	x	x	x	x		x			x			x	x		x	x	x	x		x	

## 2. Procesar, analizar e interpretar los datos recolectados

RESPONSABILIDADES	MED			ENF			EST			LAB			FAR			TS			VET			VEC			ASS			
	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	L			
1. Consolidar los datos							x	x	x																x	x	x	
2. Elaborar cuadros, gráficas y mapas.							x	x	x																			
3. Análisis comparativo de la información según patrones y / o tendencias de la enfermedad o evento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
4. Interpretar la información:																												
a. Describir la situación de salud actual.	x	x	x	x	x	x	x	x		x						x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
b. Establecer medidas específicas de prevención y control, según prioridades.	x	x	x	x	x	x										x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
c. Identificar áreas geográficas y grupos humanos de mayor riesgo.	x	x	x	x	x	x	x	x								x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
d. Establecer el costo del daño en salud para los servicios y la comunidad.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
e. Hacer predicciones futuras según tendencias.	x	x	x	x	x	x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x	

x

### 3. Divulgar la información

RESPONSABILIDADES	MED			ENF			EST			LAB			FAR			TS			VET			VEC			ASS
	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	L
1. Redactar informes explícitos, completos y oportunos sobre la situación.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
2. Difundir la información con asesoría técnica al personal de salud en todos los niveles de atención con énfasis al tomador de decisiones.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
3. Presentar periódicamente la información a nivel nacional correspondiente.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. Presentar periódicamente la información al nivel internacional.	x			x			x			x			x			x			x			x			

### 4. Recomendar acciones de prevención y control de acuerdo a las normas.

RESPONSABILIDADES	MED			ENF			EST			LAB			FAR			TS			VET			VEC			ASS
	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	L
1. Establecer acciones de prevención y control.	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Realizar bloqueo epidemiológico de los brotes.		x	x		x	x											x	x		x	x		x	x	x
3. Monitoreo y evaluación de las medidas operativas para el control de eventos.	x	x		x	x											x	x		x	x		x	x		
4. Coordinar acciones de control.																									
4.1 Con otros ministerios, instituciones y otras organizaciones.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4.2 Con las autoridades de otros países y agencias internacionales.	x			x			x			x			x			x			x			x			

## 5. Evaluar los sistemas de vigilancia

RESPONSABILIDADES	MED			ENF			EST			LAB			FAR			TS			VET			VEC			AS		
	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	L		
<b>Gestión/Infraestructura</b>	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x			
1. Estructura Física.																											
2. Recurso Humano.																											
3. Equipos de informática.																											
4. Transporte.																											
5. Insumos.																											
6. Educación Permanente.																											
7. Logística.																											
8. Costo del sistema.																											
<b>Procesos</b>	x	x		x	x		x			x			x			x			x	x		x					
1. Importancia del evento sometido a vigilancia.																											
2. Pertinencia del objetivo y componentes de la vigilancia.	x	x		x	x		x			x			x			x			x	x		x					
3. Utilidad de la información procesada.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. Cumplimiento de leyes, decretos y resoluciones.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5. Cumplimiento de normas, protocolos, guías y procedimientos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x		x	x		x	x				x
6. Verificar el grado de sub registro y la confiabilidad de los datos (control de calidad).	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
7. Utilización de formularios específicos.																											
<b>Resultados</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x		x	x		x	x				
1. Cobertura de instalaciones notificadoras.	x	x		x	x						x	x				x	x		x	x	x	x	x	x			
2. Instalaciones que realizan vigilancia.	x	x	x	x	x	x				x	x	x				x	x	x	x	x		x	x				
3. Ejecución de investigaciones de eventos, casos y brotes.															x												
<b>Impacto</b>	x	x		x	x		x	x	x	x	x					x			x	x	x	x	x	x			
1. Reducción de la incidencia o prevalencia.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Eliminación o erradicación.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3. Costo beneficio.	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x				x	x		x	x		x	x				
4. Satisfacción del usuario.																											
5. Calidad del sistema.																											

## I.A GUIA DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA OBJETO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN OBLIGATORIA

Con asterisco (\*) se indican los eventos que son objeto de Notificación Inmediata con base al Decreto 1617 de octubre de 2014

1. Amebiasis intestinal	32. Fiebre tifoidea y paratifoidea*	63. Poliomielitis*
2. Botulismo*	33. Filariasis	64. Rabia en humanos*
3. Bronconeumonía	34. Geohelmintiasis	65. Ricectiosis*
4. Bronquiolitis	35. Granuloma inguinal	66. Rubéola*
5. Brucelosis	36. Hepatitis: A, B, C, D, E y otras no especificadas	67. Salmonelosis
6. Carbunco*	37. Herpes genital	68. Sarampión*
7. Chancro Blando	38. Infección gonocócica	69. Shigelosis
8. Cólera*	39. Infección por VIH/Sida	70. Sífilis y otras no especificadas
9. Dengue sin signos de alarma (DSSA), Dengue con signos de alarma (DCSA) y Dengue grave (DG)*	40. Infección por virus papiloma humano	71. Sífilis congénita
10. Diarreas por Rotavirus	41. Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)	72. Sífilis en embarazada
11. Difteria*	42. Infección por virus linfotrópico humano HTLV I-II	73. Sífilis Primaria
12. Efecto tóxico del contacto con escorpión	43. Influenza o Gripe	74. Síndrome Coqueluchoide*
13. Efecto tóxico del contacto con serpiente	44. Influenza por un nuevo subtipo de virus*	75. Síndrome febril agudo hemorrágico*
14. Efectos tóxicos agudos por plaguicidas	45. Intoxicación Alimentaria	76. Síndrome febril agudo icterico*
15. Efectos tóxicos por metales	46. Invaginación o Intususcepción intestinal en niños menores de un (1) año	77. Síndrome febril agudo neurológico*
16. Encefalitis virales: Equina del Este, San Luis, Equina del Oeste, Equina Venezolana y otras sin especificar*	47. Leishmaniasis	78. Síndrome febril con distress respiratorio*
17. Enfermedad de Creutzfeld-Jakob y su variante, Encefalopatía Espongiforme	48. Lepra	79. Síndrome respiratorio agudo severo (SARS)*
18. Enfermedad de Chagas: Tripanosomiasis americana	49. Leptospirosis*	80. Síndrome de Rubéola Congénita*
19. Enfermedad diarreaica y gastroenteritis de origen infeccioso	50. Linfogranuloma venéreo	81. Tétanos y Tétanos Neonatal

20. Enfermedad meningocócica*	51. Meningitis bacterianas: M. por <i>Haemophilus influenzae</i> , M. por <i>Streptococo pneumoniae</i> y sin especificar*	82. Tifus exantemático por piojos*
21. Hantavirus*	52. Meningitis virales*	83. Tosferina*
22. Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)*	53. Mordedura de murciélago*	84. Toxoplasmosis congénita
23. Eventos de bioterrorismo*	54. Mordedura de perro	85. Tuberculosis
24. Eventos de emergencia química o ambiental	55. Muertes maternas, perinatales e infantil	86. Ulceración e inflamación vulvovaginal en enfermedades clasificadas en otra parte
25. Eventos de emergencia radiológica o radio nucleares	56. Neumonía	87. Uretritis no especificadas
26. Fiebre amarilla*	57. Oncocercosis	88. Varicela
27. Fiebre del Valle de Rifi*	58. Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva	89. Violencia intrafamiliar
28. Fiebre equina venezolana*	59. Paludismo*	90. Viruela*
29. Fiebre Hemorrágica virales: Ébola, Lassa, Marburgo, Chikungunya y otras*	60. Parálisis flácida aguda en menores de quince (15) años*.	91. Todo agente nuevo o resistencia a las terapias utilizadas, identificadas a través de laboratorios públicos y privados*
30. Fiebre del Nilo Occidental*	61. Parotiditis	92. Todo brote de enfermedad o evento nuevo de importancia para la salud pública nacional o internacional, incluso los de origen desconocido, no incluido en este listado*
31. Fiebre recurrente por piojos*	62. Peste*	93. Todos los hallazgos de los sistemas de vigilancia epidemiológicas especiales, todos los hallazgos positivos de los sistemas de vigilancia clínica laboratorial, los hallazgos de investigaciones en humanos, animales y de otros sistemas de monitoreo incluidos los de alimentos y vigilancia del agua para consumo humano.

## **I.B GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Todo Sistema de Vigilancia Epidemiológica debe contener como mínimo los siguientes aspectos:

### **INTRODUCCIÓN**

- I.** Metas
- I.** Objetivos (Generales y Específicos)
- II.** Estrategias y Actividades
- III.** Aspectos Clínicos
  - a) Patogénesis de la Enfermedad o Problema a vigilar
  - b) Manifestaciones Clínicas
- IV.** Definiciones
  - a) De casos (sospechoso, confirmado, descartado).
  - b) Flujograma de clasificación de casos
- V.** Sistema de Información
  - a) Fuente de Información
  - b) Registro de Información
  - c) Notificación de Información
  - d) Flujograma de Notificación
  - e) Análisis de Información
- VI.** Responsabilidad por nivel administrativo
- VII.** Manejo del caso sospechoso
  - Flujograma de Investigación
  - Medidas o Pruebas de Confirmación
  - Flujograma de estas pruebas
- VIII.** Monitoreo, supervisión y evaluación
  - Indicadores de Evaluación

### **Recordar:**

- Debe utilizarse el formulario genérico de investigación de casos excepto en casos especiales, o sea patologías en fase de erradicación o eliminación o con historia natural muy especial.

**IC. GUÍA PARA EL ABORDAJE DE ALGUNOS EVENTOS DE SALUD OBJETO DE NOTIFICACION OBLIGATORIA**

EVENTO	AMEBIASIS
Código evento CIE	CIE-10 A06
Descripción clínica	<p>La <b>amebiasis es</b> la enfermedad causada por un parásito protozoario, la <i>Entamoeba histolytica</i>. Dentro del grupo de las amebas humanas existen diversas especies parásitas, cuyo hábitat lo constituyen distintas regiones del tubo digestivo, principalmente el intestino grueso. Pero la <i>E. histolytica</i> es la única patógena y puede invadir secundariamente otras zonas del organismo de su huésped, por lo que puede causar una grave parasitosis que merece especial atención. La forma infectante de éste protozoo, dentro de las dos formas en que puede presentarse, es la forma quística, resistente al medio externo y capaz de salvar el jugo gástrico. Existen diversos <b>cuadros clínicos</b> que pueden deberse a la infección por <i>E. histolytica</i>. Muchas (hasta un 90%) de las infecciones son asintomáticas, pero otras pueden dar lugar a cuadros y síntomas concretos:</p> <p>1.- <i>Amebiasis intestinal crónica</i>: Es la más frecuente, con un daño mínimo de la pared intestinal. Sus síntomas son dolor abdominal crónico de aparición ocasional, meteorismo y periodos de estreñimiento alternados con episodios diarreicos.</p> <p>2.- <i>Amebiasis intestinal aguda</i>: Se caracteriza por un cuadro de dolor abdominal, tenesmo y diarrea aguda (simple o con moco y sangre), a veces disentérica. No suele existir fiebre.</p> <p>3.- <i>Colon tóxico amebiano</i>: Se genera por la invasión y perforación de la pared, que crea una situación tóxica inespecífica, provocando un cuadro de peritonitis grave.</p> <p>4.- <i>Ameboma intestinal</i>: Poco frecuente, es debido a una reacción granulomatosa, y puede llegar a obstruir la luz intestinal.</p> <p>5.- <i>Amebiasis diseminada</i>: Debido a la diseminación del parásito por vía sanguínea, o por continuidad, el parásito puede llegar a distintos órganos y sistemas, donde se forman abscesos amebianos. El órgano más frecuentemente afectado es el hígado.</p>
Agente causal	<i>Entamoeba histolytica</i>
Reservorio	El ser humano
Periodo de incubación	Varía de unos días a varios meses o años; por lo común, dura de dos a cuatro semanas.

Mecanismo de transmisión	Sobre todo por ingestión de alimentos o de agua contaminados por heces que tengan quistes amebianos; Puede producirse transmisión sexual por contacto oral-anal.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Persona que presenta cuadro con fiebre, malestar abdominal, tenemos, con evacuaciones sanguinolentas, o mucoide hasta la disentería fulminante, signos de deshidratación posibles
Confirmado	Caso sospechoso con confirmación por método serológico con Demostración microscópica de los quistes o trofozoitos de <i>E. histolytica</i> en heces o de trofozoitos en biopsia de tejidos o raspado de ulcera por cultivo o histopatología. Extraintestinal: Demostración de trofozoitos de <i>E. histolytica</i> en tejido extraintestinal
Criterios de laboratorio	Disentería amebiana: presencia de trofozoitos móviles ( <i>E. histolytica</i> ) en heces frescas. Absceso amebiano del hígado: test de hemoaglutinación indirecta y ELISA
<b>Notificación</b>	Rutinaria, colectiva, semanal y obligatoria.
Formulario para la notificación	Formulario ENO colectiva
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	Formulario de investigación de brotes
Qué investigar?	Brotes
<b>Prevención y Control</b>	<p>1) Educación de la población en general en materia de higiene personal, en particular la eliminación sanitaria de las heces y el lavado de las manos después de la defecación y antes de preparar o ingerir alimentos. Divulgación de datos respecto a los riesgos de consumir verduras y frutas crudas o sucias y de beber agua de pureza dudosa.</p> <p>2) Eliminación de las heces humanas en forma sanitaria.</p> <p>3) Protección de los sistemas de abastecimiento público de agua potable de la contaminación por heces. La filtración del agua en lechos de arena elimina casi todos los quistes, y los filtros de tierra de diatomeas los eliminan completamente.</p> <p>4) Tratar a los portadores identificados y recalcarles la necesidad de que se laven perfectamente las manos después de defecar, para evitar la reinfección proveniente de un miembro infectado del hogar.</p>

	<p>5) Educación de grupos de alto riesgo para que eviten prácticas sexuales que pudieran permitir la transmisión fecal-oral.</p> <p>6) Supervisión, por parte de los organismos de salud, de las prácticas sanitarias de las personas que preparan y sirven alimentos en sitios públicos, y de la limpieza general de los locales. El examen sistemático de las personas que manipulan alimentos como medida de control es poco práctico.</p>
Aislamiento	Precauciones entérica. En el caso de enfermos hospitalizados, tomar las precauciones de tipo entérico en el manejo de las heces y de la ropa personal y de cama contaminadas. Excluir a las personas infectadas con E. histolytica de actividades que entrañan la manipulación de alimentos y del cuidado directo de personas hospitalizadas e internadas en diversas instituciones. Cuando se haya completado el período de quimioterapia anti amebiana podrá autorizárseles la reanudación de sus ocupaciones en tareas delicadas.
Limpieza y desinfección	Eliminación sanitaria de heces.
Quimioprofilaxis	No aplica.
Tratamiento	<p><b>Disentería amebiana.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de una amebiasis intestinal confirmada por un examen parasitológico:</li> </ul> <p><b>Tinidazol VO</b></p> <p>Niños: 50 mg/kg/día en una toma durante 3 días (sin sobrepasar los 2 g/día)</p> <p>Adultos: 2 g/día en una toma durante 3 días</p> <p><b>Metronidazol VO</b></p> <p>Niños: 45 mg/kg/día divididos en 3 tomas durante de 5 días</p> <p>Adultos: 1,5 g/día dividido en 3 tomas durante de 5 días</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sales de rehidratación oral (<b>SRO</b>) si se observan signos de deshidratación (seguir el protocolo de la OMS).</li> </ul> <p><b>Absceso amebiano del hígado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tinidazol VO</b>: mismo tratamiento durante 5 días</li> <li>• <b>Metronidazol VO</b>: mismo tratamiento durante 5 a 10 días</li> </ul>
Vacunación	Ninguna
Bioseguridad	Utilización de guante por el personal de salud y personal de laboratorio.
Manejo de los contactos	No aplica

Medidas internacionales	En 2001, este organismo de la ONU fijó la meta de proporcionar tratamiento sistemático mundial a un 75% de los menores en edad escolar, como objetivo para 2010. , además la OMS recomienda mejorar el acceso al tratamiento con medicamentos seguros y eficaces se aseguró la completa expulsión del gusanos.
Otras	Las medidas preventivas se deben basar en la educación de la población en general en materia de higiene personal, en particular la eliminación sanitaria de las heces y el lavado de las manos

<b>EVENTO</b>	<b>ANQUILOSTOMIASIS (UNCINARIASIS)</b>
Código evento CIE	<b>CIE-10 B76,0,1,8,9</b>
Descripción clínica	Es una infección humana ampliamente diseminada por el mundo en particular en las zonas tropicales húmedas; Las larvas causan traumatismo, daños mecánicos e inflamatorios en la piel, mucosa intestinal y pulmón en su tránsito por estos órganos. Los adultos producen un efecto anticoagulante en el lugar de implantación, lo que favorece las hemorragias crónicas. Están ligadas a la falta de saneamiento y ocurren en poblaciones pobres.
Agente causal	<i>Ancylostoma duodenale</i> , <i>A. ceylanicum</i> , <i>A. braziliense</i> , y nemátodos intestinal, parásitos de las especies <i>Necator americanus</i> y <i>A. caninum</i> .
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	4 semana hasta 8 meses después, según la intensidad de la infección
Mecanismo de transmisión	La infección se produce por la ingestión de huevos infectantes procedentes de tierra contaminada con heces humanas, o de productos agrícolas crudos contaminados con tierra que contenga huevos infectantes por la penetración de larvas desde el suelo a través de la piel (uncinarias). No hay transmisión de persona a persona, pero los individuos infectados pueden contaminar el suelo.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Toda persona con edema en el o los punto(s) de penetración de la larva con posible sobreinfección., dermatitis eritematosa pruriginosa, ya sea maculo papulosa o vesicular, manifestaciones pulmonares como tos seca, faringitis, sibilancias, síndrome de Loeffler, esputos teñidos de sangre, fiebre de grado bajo y/o anorexia, síntomas epigástricos como náusea, vómitos, dolor abdominal vago, diarrea, y síntomas de anemia crónica microcítica hipocrómica, lipoproteinemia e hipoalbuminemia.
Confirmado	La presencia de los huevos infectantes en las heces
Criterios de laboratorio	El examen parasitológico directo, por el método de Willis, de Kato, o de Stoll conduce a un diagnóstico definitivo y cuantitativo de la carga parasitaria
<b>Notificación</b>	Rutina, colectiva y semanal
Formulario para la notificación	Formulario de notificación obligatoria individual de eventos de salud pública.
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	Formulario de investigación de brote.
Qué investigar?	Brotes

<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Precaución entérica
Limpieza y desinfección	Tierra , Aguas y alimentos contaminados con heces con huevos infectantes
Quimioprofilaxis	Comunidad de alto riesgo 50% o +: tratar a todos los niños en edad escolar dos veces al año. Comunidad de bajo riesgo 20 y 50 %: tratar a todos los niños en edad escolar una vez al año. Con mebendazol (500mg) o albendazol (400mg, o la mitad en niños de 12 a 24 meses. Ambos en una sola toman.
Tratamiento	Los antiparasitarios albendazol y mebendazol son eficaces contra los parásitos causantes de la enfermedad. Los pamoato de oxantel y de pirantel son también usados en ciertos casos que lo ameriten.
Vacunación	NO
Bioseguridad	Uso de medidas de precaución al realizar las pruebas de heces fecales. El acceso a los servicios de agua potable y saneamiento y el mejoramiento de las prácticas de higiene pueden reducir la morbilidad por anquilostomiasis en un 4%.
Manejo de los contactos	Priorización de contactos, en especial los de corta edad, embarazadas, pacientes infectados con por los parásitos.
Medidas Internacionales	No aplica
Otras	

EVENTO	BOTULISMO
Código evento CIE	CIE 10: A05.1
Descripción clínica	<p>Enfermedad neuromuscular grave que se produce como consecuencia de la acción de una potente neurotoxina producida por el <i>Clostridium botulinum</i>. Después del primer año de vida se manifiesta como parálisis bilateral de los nervios craneales, seguida por parálisis bilateral descendente. Los signos y síntomas incluyen ptosis palpebral, diplopía, visión borrosa, disfagia, disartria y oftalmoplejía; es frecuente el estreñimiento. Los pacientes conservan el estado de conciencia inalterado. <b>Botulismo de transmisión alimentaria:</b> es una enfermedad grave y puede ser mortal. Sin embargo, es relativamente inusual. Los síntomas iniciales incluyen fatiga intensa, debilidad y vértigo, seguidos generalmente por visión borrosa, sequedad de boca y dificultad para tragar y hablar. También pueden concurrir vómitos, diarrea, constipación e inflamación abdominal. La enfermedad puede dar lugar a debilidad en el cuello y los brazos, y afectar posteriormente los músculos respiratorios y los músculos de la parte inferior del cuerpo. No se presentan síntomas febriles o pérdida de conciencia. El cuadro puede ocasionar insuficiencia respiratoria y la muerte sino se proporciona ventilación mecánica y tratamiento de apoyo. <b>Botulismo de los lactantes menores de 1 año:</b> los síntomas clínicos incluyen constipación, pérdida de apetito, debilidad y llanto alterado y una apreciable pérdida del control de la cabeza. Varía desde un cuadro leve de aparición gradual hasta la parálisis grave con insuficiencia respiratoria. <b>Botulismo por heridas:</b> es infrecuente y se produce cuando las esporas entran en una herida y pueden reproducirse en un medio anaeróbico. Los síntomas son similares al botulismo de transmisión alimentaria, pero pueden tardar hasta dos semanas en aparecer. Esta forma de la enfermedad se ha relacionado con el abuso de sustancias, especialmente con la inyección de heroína black tar. El botulismo por inhalación es muy infrecuente y no se produce naturalmente: está asociado a sucesos accidentales o intencionales (como el bioterrorismo) que dan lugar a la liberación de las toxinas en aerosoles. El botulismo por inhalación presenta manifestaciones clínicas similares a las del botulismo de transmisión alimentaria. La dosis letal media para el ser humano se ha estimado en dos nanogramos de toxina botulínica por kilo de peso corporal, o sea, aproximadamente, el triple que en los casos de transmisión alimentaria. Los síntomas son similares a los que provoca la ingestión de toxina botulínica, y culminan en parálisis muscular e insuficiencia respiratoria.</p>

Agente causal	<i>La toxina botulínica es una neurotoxina producida por Clostridium botulinum, pero también por algunas cepas de Clostridium butyricum, Clostridium baratii y Clostridium argentinense.</i>
Reservorio	Los clostridios productores de toxina botulínica están ampliamente distribuidos en el suelo. En productos agropecuarios incluidos la miel y las hortalizas, el polvo, la tierra, los sedimentos lacustres y marinos, en el aparato digestivo de diversos animales, entre ellos peces. La toxina se produce solo en condiciones que favorecen la germinación y reproducción de las esporas y la producción de toxina.
Periodo de incubación	Cuanto más corto el periodo de incubación más grave la enfermedad. En el botulismo alimentario entre 12 y 72 horas después de ingerir la toxina, pero el intervalo puede ser de 2 horas hasta 8 días. El botulismo por colonización intestinal en lactantes es hasta de 30 días; se desconoce en adultos. En el botulismo por heridas de 4 a 14 días.
Mecanismo de transmisión	<p>Varía según el tipo de botulismo</p> <p><b>Botulismo alimentario</b> se debe a la ingestión de la toxina preformada en alimentos contaminados. Las esporas de los clostridios productores de toxina botulínica presentes en los alimentos germinan y producen la toxina antes que estos se consuman; el calentamiento suficiente inactiva la toxina. La proliferación de esporas y la producción de toxinas requiere un ambiente anaerobio, humedad, pH neutral a alcalino y una fuente de energía como azúcares o proteínas. Estas condiciones están presentes en alimentos conservados como pescados o productos cárnicos fermentados, salados ligeramente o ahumados, y las conservas procesadas de manera inadecuada en el hogar como las hortalizas.</p> <p><b>Botulismo intestinal del lactante y del adulto</b> se debe a la ingestión de esporas de clostridio en lugar de la ingestión de la toxina preformada. Las esporas germinan y producen la toxina botulínica en el intestino grueso. La fuente de las esporas del lactante incluye la miel y el polvo. El botulismo intestinal en el adulto se presenta en pacientes con trastornos de la flora intestinal derivados del empleo de antimicrobianos o de anomalías anatómicas o funcionales del intestino.</p> <p><b>Botulismo de las heridas</b> se presenta cuando las esporas de <i>C. botulinum</i> contaminan una herida y allí germinan y producen la toxina.</p> <p><b>Botulismo por inhalación</b> es por la inhalación de la neurotoxina botulínica en aerosol, solo se ha demostrado una vez en técnicos de laboratorio. Esta modalidad podría ser usada hipotéticamente por bioterroristas para causar exposición intencional.</p>

Definición de caso	
Sospechoso	<p><b>Caso sospechoso alimentario:</b> Enfermedad con manifestaciones neurológicas, principalmente, ptosis, visión borrosa, diplopía y parálisis flácida descendente y simétrica.</p> <p><b>Caso sospechoso botulismo infantil:</b> Niño menor de un año, con estreñimiento, inapetencia y dificultad para deglutir que progresa con debilidad, dificultad para la respiración y muerte.</p> <p><b>Caso sospechoso botulismo por herida:</b> Caso clínicamente compatible con confirmación de laboratorio en un paciente que no tiene exposición sospechosa a alimentos contaminados y que dos semanas antes del inicio de los síntomas presentó una herida reciente y contaminada.</p>
Confirmado	<p><b>Caso confirmado alimentario:</b> Caso sospechoso con identificación de la toxina botulínica específica en el suero, las heces, el aspirado gástrico o el alimento sospechoso; o por cultivo de <i>C. botulinum</i> en las heces del paciente; o por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.</p> <p><b>Caso confirmado botulismo infantil:</b> Caso sospechoso con confirmación de laboratorio que ocurre en un niño menor de un año.</p> <p><b>Caso confirmado botulismo por herida:</b> Caso clínicamente compatible con confirmación de laboratorio.</p>
Criterios de laboratorio	<p>Las muestras que son obtenidas para el diagnóstico de botulismo deben ser refrigeradas, NO CONGELADAS y deben ser enviadas inmediatamente al Laboratorio Central de Referencia. El transporte debe ser en un envase con refrigerantes. Si el envío de la muestra demorará varios días en llegar al laboratorio, entonces ésta debe ser congelada y enviada en un envase con hielo seco.</p> <p>Técnicas de laboratorio:</p> <p>Identificación de la toxina botulínica en el suero (botulismo por heridas), heces (botulismo del lactante), o en el alimento sospechoso.</p> <p>Cultivo del <i>C. botulinum</i> de las heces o herida de un caso clínico.</p> <p>Inoculación de suero del paciente a ratones de investigación.</p>
<b>Notificación</b>	La notificación de botulismo es individual e inmediata (<2 h).

Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: <b>Formulario genérico de Investigación Individual de eventos de notificación obligatoria.</b> Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.
¿Qué investigar?	Ante un caso sospechoso, se debe iniciar la investigación dentro de las 24 horas. contactos y fuente de la toxina Antecedentes de ingesta de alimentos en mal estado de conservación y la existencia de más casos relacionados con el caso investigado (nexo epidemiológico). Prácticas de preparación y conservación de los alimentos. Hábitos y tipos de alimentos de consumo. Uso de drogas inyectables
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	No
Limpieza y desinfección	Buenas prácticas de preparación de los alimentos, en particular durante el calentamiento/esterilización y la higiene. El botulismo de transmisión alimentaria se puede prevenir mediante la inactivación de la bacteria y sus esporas en los productos termo esterilizados (por ejemplo, en hornos de esterilización) o enlatados, o la inhibición del crecimiento bacteriano y de la producción de toxinas en otros productos. Los utensilios contaminados tratarlos con cloro o esterilizarlos por ebullición. Los alimentos contaminados tratarlos por ebullición antes de desecharlos. Eliminación sanitaria de las heces de los lactantes. Limpieza minuciosa de heridas contaminadas con tierra.
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	Comprende la atención de apoyo meticulosa y antitoxina botulínica. El botulismo del lactante puede tratarse con antitoxina botulínica humana o equina. El botulismo en otras edades se trata con antitoxina botulínica equina. En el botulismo de las heridas estas deben desbridarse y considerar la utilidad de los antibióticos si son apropiados para la situación clínica.
Vacunación	No corresponde

Bioseguridad	<p>Buenas prácticas en la producción y manufactura de los alimentos. Educación a la población respecto al tiempo y temperatura adecuados que se necesita para destruir las esporas, especialmente a aquellas personas que se dedican al enlatado y envasado casero. Explicar la necesidad de la conservación en refrigeración adecuada de aquellos alimentos procesados de forma incompleta, asimismo la eficacia de la ebullición de las hortalizas envasadas en casa, durante por lo menos 10 minutos, para destruir las toxinas botulínicas.</p> <p>El botulismo no es contagioso sin embargo durante la atención de los pacientes hospitalizados deben adoptarse las precauciones habituales para el control de infecciones.</p>
Manejo de los contactos	<p>No es necesario dar tratamiento a las personas que estuvieron en contacto directo con el enfermo. Aquellos que, con certeza, ingirieron el alimento dañado deben ser tratados con administración de catárticos y lavado gástrico. Esto sólo se hará dentro de las primeras dos horas posteriores a la ingesta del alimento. Serán mantenidos en observación médica estricta (por 24 - 48 horas).</p>
Medidas internacionales	<p>No corresponde</p>
Otras	<p>Las Cinco claves de la OMS para la inocuidad de los alimentos son importantes para prevenir intoxicaciones alimentarias: mantenimiento de la higiene; separación de alimentos crudos y cocidos; cocción total; mantenimiento de los alimentos a temperaturas seguras; utilización de agua potable e ingredientes crudos seguros.</p>

EVENTO	BRUCELOSIS
Código evento	<b>CIE-10 (A23.0, A23.1, A23.2, A23.3, A23.8 Y A23.S)</b>
Descripción clínica	<p>Enfermedad de aparición aguda o insidiosa, con fiebre continua, intermitente o irregular de duración variable, transpiración profusa particularmente durante la noche, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgia y malestar generalizado. Puede haber infección localizada de órganos. La enfermedad puede ser leve y auto limitada o severa.</p> <p>La sintomatología de la brucelosis es parecida a la de otras enfermedades febriles, pero con un marcado efecto en el sistema músculo esquelético. Las complicaciones osteo-articulares se observan en un 20-80% de los casos y la manifestación articular más común es la sacroileítis. La osteomielitis lumbar es una complicación, especialmente si se asocia a absceso paravertebral, epidural o del psoas. La endocarditis es una complicación rara, se observa en el 2%, pero tiene una elevada letalidad (85%). Las complicaciones urogenitales son muy infrecuentes y pueden manifestarse como orquitis y epididimitis. Sin tratamiento, la tasa de letalidad es de menos del 2% y por lo común, suceden a consecuencia de la endocarditis. Las complicaciones hematológicas incluyen anemia, leucopenia, trombocitopenia y trastornos de la coagulación. Lesiones cutáneas se observan infrecuentemente (5%). La duración de la enfermedad varía desde unas pocas semanas a varios meses.</p>
Agente causal	<p>El agente causal, es <i>Brucella sp.</i>, cocobacilo, aeróbico, Gram negativo, que infecta en forma primaria a los animales. En la actualidad, se conocen 7 especies: <i>Brucella melitensis</i>, <i>Brucella abortus</i>, <i>Brucella suis</i>, <i>Brucella neotomae</i>, <i>Brucella ovis</i>, <i>Brucella canis</i> y <i>Brucella maris</i>. Las tres primeras, denominadas "brucelas clásicas", se han subdividido a la vez en biotipos, que se distinguen por sus características bioquímicas y/o comportamiento frente a los sueros monoespecíficos.</p>
Reservorio	<i>Ganado vacuno, porcino, caprino y ovino</i>
Periodo de incubación	Usualmente de 5 a 60 días, pero por lo común es de uno a dos meses y, eventualmente puede ser de varios meses.

Mecanismo de transmisión	El hombre adquiere la bacteria a través del contacto directo con animales infectados, con sus excretas o productos del aborto con piel erosionada o por salpicaduras a los ojos. Además, se describe transmisión por la ingesta de alimentos contaminados como leche, queso, crema u otros lácteos no pasteurizados provenientes de animales con brucelosis. También se describe la inhalación de aerosoles contaminados asociado a ámbitos laborales.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p>Paciente con enfermedad de aparición aguda o insidiosa, fiebre continua, intermitente o irregular de duración variable, con dos o más de los siguientes síntomas: transpiración profusa, particularmente durante la noche, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgia y dolor generalizado. Puede haber infección localizada de órganos. Con antecedentes de tipo laboral o ingestión de alimentos sin procesar.</p> <p>Persona asintomática vinculada epidemiológicamente a casos sospechosos o confirmados en animales o a productos de origen animal contaminados o vinculados laboralmente a fincas o hatos positivos por brucelosis.</p> <p>Resultados de laboratorios no concluyentes y antecedentes de exposición.</p>
Confirmado	Caso sospechoso confirmado por laboratorio. (Aislamiento bacteriano, pruebas moleculares, ELISA IgM, pruebas de aglutinación lenta).
Criterios de laboratorio	El diagnóstico definitivo se basa en pruebas serológicas Aglutinación por Rosa de Bengala, pruebas moleculares o el aislamiento del microorganismo; considerada esta última, como el "Gold Standard". Las aglutinaciones febriles no son pruebas confirmatorias para Brucelosis.
<b>Notificación</b>	La brucelosis caso, brote o defunción, es de notificación individual inmediata y colectiva. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG, se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)

Formulario para la investigación	Caso: <b>Formulario genérico de Investigación Individual de eventos de notificación obligatoria.</b> Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.
¿Qué investigar?	<p>Búsqueda activa de casos similares para su manejo clínico epidemiológico, fuentes de infección, identificar factores de riesgo.</p> <p>Se investigarán los siguientes factores de riesgo y los antecedentes de exposición en los últimos 6 meses con especial énfasis en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Factores de riesgo por actividad laboral: ganaderos, trabajadores de granjas, trabajadores de mataderos, carniceros, veterinarios, personal de laboratorio.</li> <li><input type="checkbox"/> Consumo de leche, quesos sin pasteurizar.</li> <li><input type="checkbox"/> Identificación de expuestos para monitorear la presentación de casos asociados.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de brote, realizar informe final que incluya los resultados de las pruebas de laboratorio y medidas implementadas.</li> </ul>
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Precauciones relativas a los exudados y secreciones
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente de los exudados purulentos
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	<p>El paciente debe recibir tratamiento antibiótico de acuerdo a lo indicado por el médico tratante. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se debe establecer un tratamiento con doxiciclina 200 mg/día más gentamicina 5 mg/kg/día IM por 7 días o Doxiciclina 200 mg/día más rifampicina 600/900 mg/día por un período de seis semanas.</p> <p>No puede usarse doxiciclina en niños menores de 8 años. Usar trimetropina/ sulfametoxazol 5mg/Kg vía oral cada 12 horas por seis semanas más gentamicina 2mg/Kg IM o IV cada 8 horas por 2 semanas.</p>
Vacunación	No corresponde
Manejo de los contactos	No corresponde
Medidas internacionales	Control de los animales domésticos y de los productos de origen animal en el transporte y comercio internacionales
Otras	

EVENTO	CHANCRO BLANDO O CHANCROIDE
Código evento CIE	CIE-10 A57
Descripción clínica	Es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) causada por una bacteria Gram negativa llamada <i>Haemophilus ducreyi</i> . Se presenta luego de una semana después de la exposición como una "llaga" o úlcera con bordes irregulares, tiene una base cubierta con material gris amarillento, ubicado en región ano genital y puede sangrar si la persona se "rasca", aparecen adenopatías inguinales blandas llamadas en algunos lugares "seca". Mide entre 3 y 50 mm, Los hombres presentan mayormente una úlcera y las mujeres presentan cuatro o más úlceras con menos sintomatología. Representa alrededor del 1% de las úlceras que aparecen a nivel genital. La incidencia es de 6 a 7 millones de casos nuevos en el mundo por año.
Agente causal	<i>Haemophilus ducreyi</i> o el bacilo de <i>Ducreyi</i> , un cocobacilo gramnegativo
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	De 3 a 5 días
Mecanismo de transmisión	Por contacto sexual directo, con las secreciones abiertas.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Toda persona con úlceras genitales o anales, necróticas dolorosas, malolientes, adenopatías inguinales blandas, fluctuantes supurantes, frecuentemente unilaterales con prueba negativa por <i>T. Pallidum</i> o herpes simple.
Confirmado	Todo caso sospechoso con prueba de laboratorio confirmatoria de infección por <i>H. ducreyi</i>
Criterios de laboratorio	Ausencia de evidencias de <i>Treponema pallidum</i> , por examen de campo-oscuro de la úlcera o por examen serológico para el Sífilis, realizada al menos 7 días después de la aparición de la úlcera.
<b>Notificación</b>	Obligatoria, colectiva semanal. En caso de brote su notificación es inmediata.
Formulario para la notificación	Formulario de Eventos de Notificación Colectiva Obligatoria (ENO)
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	En caso de brote usar Formulario de Investigación de Brote

Qué investigar?	En brotes: Los contactos y la fuente de infección.
<b>Prevención y Control</b>	Tener pareja estable y uso de preservativo. Higiene después del contacto sexual. Educación sanitaria. Se da seguimiento al paciente por un periodo de 3 a 6 meses. Realizar pruebas para VIH y otras ITS.
Aislamiento	No aplica
Limpieza y desinfección	Evitar contacto con las secreciones de la lesiones ulcerosas; utilizar guantes
Quimioprofilaxis	No aplica.
Tratamiento	El tratamiento es antibiótico tanto para la persona infectada como para su pareja; <b>Adultos:</b> Azitromicina oral, 1 g, dosis única Eritromicina de 500mg 1 tableta cada 8 horas por 1 semana; Trimetoprim con Sulfametoxazol 1 tableta cada 12 horas por 1 semana, <b>Embarazada y Lactancia:</b> Eritromicina oral 500mg 1 tableta cada 6 horas por 7 días, Ceftriaxona IM, 250 mg dosis única. <b>Pediatría:</b> Azitromicina oral, 12-15 mg/kg, dosis única (máximo 1 g), Ceftriaxona IM, 250 mg, dosis única. A partir de las 48 horas de iniciado
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	<p>Lavado de manos: es el mecanismo más importante, en forma individual, en reducir la diseminación de infecciones. No solo protege, sino que evita infecciones nosocomiales.</p> <p>Guantes: los guantes deben utilizarse para evitar el contacto con sangre u otros fluidos peligrosos; para toca mucosas y piel no intacta en todos los pacientes; para la manipulación de sangre o fluidos corporales que requieran precauciones universales; pacientes. Las manos siempre deben ser lavadas inmediatamente antes y después del uso de guantes.</p>
Manejo de los contactos	Tratar contacto sexual de los últimos 10-15 días desde inicio de los síntomas. Recomendar abstinencia sexual hasta finalizar tratamiento. Tratar a las parejas sexuales. Evaluar resolución 3-7 días.
Medidas internacionales	No aplica
Otras	

EVENTO	CHIKUNGUNYA
Código evento CIE	(A92.0)
Descripción clínica	Se caracteriza por la aparición súbita de fiebre, generalmente acompañada de dolores articulares. Otros signos y síntomas frecuentes son: dolores musculares, dolor de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas. Los dolores articulares suelen ser muy debilitantes, pero generalmente desaparecen en pocos días.
Agente causal	Virus del Chikungunya
Reservorio	El humano-Primates
Periodo de incubación	De 1 a 12 días
Mecanismo de transmisión	Vectorial: Picadura de mosquito hembra de <i>Aedes aegypti</i> y <i>albopictus</i>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Persona con inicio de fiebre aguda >38,5°C y artralgia severa o artritis de comienzo agudo, que no se explica por otras condiciones médicas, que reside en o ha visitado áreas epidémicas o endémicas nacionales o internacionales entre las dos semanas previas al inicio de los síntomas.
Confirmado	Caso sospechoso con resultado positivo en algunas de los siguientes pruebas: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Detección de ácidos nucleicos (RT-PCR).</li> <li>-Aislamiento viral (en BSL3).</li> </ul> Detección de IgM con prueba de ELISA de captura casera o comercial con opción a segunda muestra según sea el resultado de la primera muestra.
Criterios de laboratorio	Identificación del virus chikungunya mediante pruebas moleculares o cultivo (menos de 8 días) y serológica (9 a 45 días). Muestras de sangre en tubo sin anticoagulante (4ml) conservar a temperatura de 4 a 8 °C. Utilizar formulario específico para la toma y envío de muestra.
<b>Notificación</b>	Caso, brote o defunción, es de notificación obligatoria, inmediata e individual. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)

Formulario para la investigación	Caso: Formulario Genérico de Investigación de Eventos de Salud Pública. Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.
Qué investigar?	Fuente de infección, sus contactos del caso y del perifoco; presencia de sintomáticos en la vivienda, en el perifoco y factores de riesgo.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Todo caso debe estar bajo mosquiteros mientras persista la etapa febril. Además se puede utilizar otras barreras protectoras como repelentes y ropa.
Limpieza y desinfección	
Quimioprofilaxis	Ninguna
Tratamiento	Analgésicos y medidas de sostén
Vacunación	
Bioseguridad	
Manejo de los contactos	Búsqueda y toma de muestra a casos con similar sintomatología.
Medidas internacionales	
Otras	Educación comunitaria con participación social, control físico, control químico y control legal.

EVENTO	CÓLERA
Código evento	<b>CIE -10 A00</b>
Descripción clínica	<p>Enfermedad grave intestinal aguda que, en su forma grave, se caracteriza por diarrea acuosa, profusa y sin dolor de inicio repentino. Se presenta náusea y vómitos abundantes al comienzo del cuadro. En la mayor parte de los casos, la infección es asintomática o causa una diarrea leve. En los casos graves no tratados, la deshidratación rápida, la acidosis, el colapso circulatorio, la hipoglucemia en los niños y la insuficiencia renal pueden causar la muerte rápidamente.</p>
Agente causal	<p><i>Vibrio cholerae</i> toxigénico de los serogrupos O1 y O139. <i>Vibrio cholerae</i> serogrupo O1, que incluye dos biotipos <i>cholerae clásico</i> y <i>El Tor</i>, ambos abarcan los serotipos Inaba y Ogawa, que elaboran enterotoxinas. Bacteria gram negativa anaeróbica facultativa.</p> <p>En la actualidad <i>Vibrio cholerae</i> non O1 serotipo O139 produce un cuadro clínico semejante al causado por el O1 y genera epidemias.</p>
Reservorio	Los seres humanos como el ambiente.
Periodo de incubación	Desde unas horas hasta cinco días, por lo común, de dos a tres días.
Mecanismo de transmisión	<p>De persona a persona por vía fecal oral, fundamentalmente por el consumo de agua y alimentos contaminados con heces o vómitos de pacientes y portadores.</p> <p>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.</p>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p><b>Como país/región de salud no afectada:</b> todo paciente de 5 años o más que desarrolla deshidratación severa o muerte por diarrea acuosa aguda.</p>

	<p>En esta fase se considerará también como sospechoso toda persona con antecedente de viaje a país o área afectada que desarrolla diarrea aguda acuosa con o sin vómitos, dentro de los primeros 10 días después de su ingreso al país o región de salud.</p> <p><b>Como país/región de salud afectada:</b> todo paciente de 5 años o más que desarrolla diarrea aguda acuosa con o sin vómito.</p> <p>En niños menores de cinco años varios patógenos pueden producir síntomas similares a los del cólera. Los niños menores de cinco años no son incluidos en esta definición de caso, esto no quiere decir que los niños no estén exentos del cólera, sino que si se incluyen en esta definición restaría especificidad de caso sospechoso. Esta definición de caso es epidemiológica, para efectos de la vigilancia.</p> <p>Para efectos del manejo se deben considerar los síntomas clínicos típicos del cólera.</p>
Confirmado	<p>Todo caso que es confirmado por laboratorio, ya sea por aislamiento del <i>Vibrio cholerae</i> serogrupo 01 ó O-139 en cultivo de heces o vómitos o evidencia serológica o molecular de infección reciente.</p> <p>-Ante brote o epidemia por nexo epidemiológico con caso confirmado.</p> <p><b>Nexo epidemiológico:</b> Historia de contacto con un enfermo de cólera confirmado por laboratorio dentro de un periodo de 10 días previos al inicio de síntomas.</p>
Criterios de laboratorio	<p>Toma de muestra para <i>Vibrio Cholerae</i>.</p> <p>Las muestras (heces diarreicas, vómitos) deben obtenerse en el periodo agudo de la enfermedad, antes de iniciar el tratamiento. Con un hisopo estéril, se recoge una pequeña cantidad de una evacuación espontánea reciente, seleccionando las partes mucosas y sanguinolentas. Colocar las muestras en un envase de plástico preferiblemente estéril y de boca ancha con tapa rosca. Asegurar que el envase este correctamente cerrado para evitar los derrames y posible contaminación.</p>

De realizarse un hisopado rectal, deben preferiblemente utilizar un hisopo de plástico, dacron o madera.

Las muestras tomadas en áreas apartadas o que no puedan ser analizadas inmediatamente en el laboratorio de Bacteriología (menos de dos horas) deben enviarse en el medio de transporte específico de Cary & Blair. Este medio tiene la ventaja de ser estable por varios meses después de su preparación, cuando las condiciones de almacenamiento son correctas.

Rotular la muestra con el nombre del paciente, edad, sexo, cédula o número de caso, diagnóstico presuntivo, hora, fecha y lugar de recolección. La información del paciente debe ser registrada en el formulario de notificación de problemas de salud pública, una copia debe ser enviada con las muestras y otra copia debe mantenerse en la instalación donde se tomó la muestra.

Colección y transporte de muestras para diagnóstico de laboratorio

Enviar las muestras al laboratorio de Bacteriología más cercano de la Región. En caso de no contar con los recursos necesarios en la región para el aislamiento primario, enviar la muestra en medio de transporte Cary & Blair al Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública (LCRSP) del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), con previa notificación del envío (seguir las medidas de Bioseguridad requeridas).

Una vez que el laboratorio obtenga el aislamiento de *V. cholerae*, debe notificar a las autoridades de salud pública del nivel regional y nacional inmediatamente.

Para la confirmación de los casos, enviar al ICGES-LCRSP, los aislamientos (cepa) en Culturete de Amies (Según norma de triple embalaje).

	<p>Analizar los aislamientos desde el inicio del brote: debe determinarse la susceptibilidad a los antimicrobianos de los primeros 30 a 50 aislamientos identificados por el laboratorio al comienzo de una epidemia. Este número proporcionará suficiente información para establecer la política de tratamiento con antimicrobianos. Luego de instalado el evento se harán estudios periódicos para mantener la información de la sensibilidad o resistencia actualizados.</p> <p>Cultivo de <i>Vibrio cholerae</i>.</p> <p>Pruebas de identificación Bioquímicas</p> <p>Identificación serológica</p> <p>Notificar a Epidemiología del Nivel Local Regional, Nacional del Ministerio de Salud.</p>
<b>Notificación</b>	La notificación de la ETAs es individual e inmediata. (2 horas)
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR.
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas) en caso de brotes
Formulario para la investigación	Caso: <b><i>Formulario genérico de Investigación Individual de eventos de notificación obligatoria.</i></b> Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.
¿Qué investigar?	Contactos, procedencia de áreas infectadas e ingesta de alimentos de esas áreas. Probables fuentes de infección alimentos o agua contaminados, vigilancia estrecha de casos sospechosos.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Es recomendable hospitalizar los enfermos muy graves con las precauciones de tipo entéricas, no es necesario aislamiento estricto.

Limpeza y desinfección	Desinfección concurrente de las heces y el vómito de pacientes para evitar la contaminación de fuentes de agua y alimentos. La ropa de cama y los artículos utilizados por el paciente desinfectarse con una solución de cloro o mediante ebullición durante cinco minutos.
Quimioprofilaxis	Rara vez, sin embargo, en es eficaz en grupos de población reclusos.
Tratamiento	La hidratación oportuna y adecuada es el pilar angular en el tratamiento del cólera, ya que es la principal causa de mortalidad y de complicaciones determinadas por el manejo inadecuado o por inicio retardado de la hidratación y su objetivo es la reposición de agua y electrolitos que se han perdido por la diarrea y vómitos. En los casos moderados o graves, los antimicrobianos apropiados pueden acortar la diarrea, reducir el volumen de soluciones de rehidratación y abreviar el periodo de excreción de vibriones.
Vacunación	Como herramienta adicional de salud publica para el control de brotes epidémicos.
Bioseguridad	Adoptar medidas sanitarias para garantizar el suministro de agua segura, extremar las medidas de higiene en la preparación de alimentos y bebidas. Proporcionar medios seguros y apropiados para desechar las aguas negras.
Manejo de los contactos	Vigilancia de las personas que compartieron alimentos y bebidas con un enfermo de cólera durante cinco días desde la última exposición.
Medidas internacionales	Las medidas aplicables a barcos, aeronaves, y transportes terrestres que provengan de zonas con cólera se aplicaran de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.
Otras	Educar a la población sobre hábitos higiénicos, disposición de aguas residuales y excretas.

EVENTO	DENGUE
Código evento CIE	(A90.X)
Descripción clínica	<p>Después de un período de incubación la enfermedad comienza abruptamente y pasa por las siguientes 3 fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fase Febril</li> <li>Fase Crítica</li> <li>Fase de Recuperación</li> </ol> <p>El dengue según sus manifestaciones clínicas se clasifica en:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dengue sin signo de alarma</li> <li>Dengue con signo de alarma</li> <li>Dengue Grave</li> </ol> <p>Los signos de alarma son el resultado de un aumento significativo de la permeabilidad capilar y marcan el inicio de la fase Crítica.</p>
Agente causal	Virus del dengue, existen 4 serotipos (DEN1, DEN 2, DEN 3 Y DEN 4)
Reservorio	El humano
Periodo de incubación	De 8 a 12 días
Mecanismo de transmisión	Vectorial: Picadura del mosquito hembra <i>Aedes aegypti</i> y <i>albopictus</i>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p><b>Dengue sin signo de alarma (DSSA)</b></p> <p>Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a áreas con transmisión de dengue, con fiebre de elevación brusca o historia de fiebre reciente de 7 o menos días y, dos o más de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea y/o dolor retro orbitario</li> <li>• Dolor muscular o articular</li> <li>• Exantema o erupción cutánea</li> <li>• Petequias o test de torniquete positivo</li> <li>• Náuseas y/o vómitos • Malestar general</li> <li>• Leucopenia</li> </ul> <p>También debe ser considerado caso sospechoso, todo niño proveniente o residente en área con transmisión de dengue, con cuadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 días y sin foco aparente.</p> <p><b>Dengue con signo de alarma (DCSA)</b></p>

	<p>Todo caso sospechoso de dengue que generalmente a la caída de la fiebre, presenta uno o más de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal intenso y continuo o a la palpación del abdomen</li> <li>• Vómito persistente (más de 3 vómitos en una hr o 5 o más en 6 hr)</li> <li>• Derrame seroso (peritoneo, pleura, pericardio) detectado por clínica o por imágenes (Rx, CAT o ecografía de abdomen y tórax)</li> <li>• Cualquier sangrado anormal</li> <li>• Letargia o somnolencia o irritabilidad</li> <li>• Hipotensión postural o lipotimia</li> <li>• Hepatomegalia (+2cm brcd)</li> <li>• Hematocrito elevado para su edad y sexo con plaquetopenia o el incremento del hematocrito y disminución de las plaquetas en dos muestras consecutivas</li> </ul> <p><b>Dengue Grave (DG)</b></p> <p>Todo caso sospechoso de dengue que tiene uno o más de los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choque debido a extravasación de plasma evidenciado por alguno de los siguientes signos: por pulso débil, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar igual o mayor a tres segundos o presión de pulso <math>\leq</math> 20 mm Hg (presión sistólica -presión diastólica) o hipotensión arterial en fase tardía, o acumulación de líquidos con insuficiencia respiratoria.</li> <li>• Sangrado grave, según la evaluación del médico tratante (ejemplos: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central).</li> <li>• Compromiso grave de órganos tales como: daño hepático importante (AST o ALT&gt;1000), sistema nervioso central (alteración de la conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos.</li> </ul> <p>Todo caso sospechoso con una prueba positiva de la infección aguda por el virus dengue o por nexo epidemiológico.</p>
Confirmado	Criterios de laboratorio
Criterios de laboratorio	Criterios:

<b>Notificación</b>	<p>Laboratorio: identificación del virus mediante pruebas moleculares, cultivo o aislamiento viral (menos de cuatro días) y serológica (4 a 15 días). Muestras de sangre en tubo sin anticoagulante (4ml) conservar a temperatura de 4 a 8 °C. Utilizar formulario específico para la toma y envío de muestra.</p> <p>Caso, brote o defunción, es de notificación obligatoria, inmediata e individual. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: Formulario Genérico de Investigación de Eventos de Salud Pública. Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.
¿Qué investigar?	Fuente de infección, antecedentes de vacunación del caso, presencia de sintomáticos en la vivienda y en el perifoco, factores de riesgo.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Todo caso debe estar bajo mosquiteros mientras persista la etapa febril. Además, se puede utilizar otras barreras protectoras como repelentes y ropa.
Limpieza y desinfección	
Quimioprofilaxis	Ninguna
Tratamiento	Sintomático. No dar AINES.
Vacunación	
Bioseguridad	
Manejo de los contactos	Búsqueda y toma de muestra a casos con similar sintomatología.
Medidas internacionales	
Otras	Educación comunitaria con participación social, control físico, control químico y control legal.

<b>EVENTO</b>	<b>DIARREA POR ROTAVIRUS</b>
<b>Código evento CIE</b>	<b>(A080)</b>
<b>Descripción clínica</b>	Es una gastroenteritis de los lactantes y los niños de corta edad, a menudo grave, que se caracteriza por vómitos y fiebre, seguidos por diarrea acuosa; son comunes la fiebre y el dolor abdominal. La fiebre y el vómito ceden en los 2 a 3 días de la enfermedad y la diarrea suele persistir por 4 a 5 días. La enteritis debida a rotavirus a veces ocasiona deshidratación profunda y defunciones en los niños de corta edad. El rotavirus es una causa importante de diarrea nosocomial de los recién nacidos y los lactantes. En un paciente individual, la enfermedad debida a rotavirus es indistinguible de la que ocasionan otros virus entéricos, aunque la diarrea por rotavirus suele ser más intensa y se acompaña de fiebre y vómito con mayor frecuencia que la diarrea aguda causada por otros agentes.
<b>Agente causal</b>	El rotavirus pertenece a la familia Reoviridae y es un virus de Ácido Ribonucleico (ARN) de doble cadena en 11 segmentos. Han sido identificados en una diversidad de especies animales y clasificados en siete grupos principales de rotavirus, denominados de A hasta G, basado en la proteína de superficie; sin embargo solo los grupos A, B, y C infectan los seres humanos siendo el grupo A el más importante.
	La partícula viral tiene forma de rueda y está compuesta de 3 capas proteicas concéntricas alrededor de un genoma segmentado. La capa más externa de la partícula del virus está compuesta por dos proteínas virales superficiales: VP4 y VP7.
	La clasificación de rotavirus de acuerdo con el serotipo está basada en especificaciones antigénicas de estas dos proteínas. Tanto la proteína VP7, llamada tipo G por ser una glicoproteína, como la VP4, llamada de tipo P por ser sensible a proteasa, inducen la producción de anticuerpos neutralizantes y están involucradas con la inmunidad protectora.
	Existen 15 serotipos G y 14 serotipos P. Para los serotipos G fue demostrada una perfecta correlación entre serotipo y genotipo. Sin embargo, para el serotipo P eso no fue observado y hay 20 genotipos P, siempre denominados por un número de uno a 20 en paréntesis cuadrado por ejemplo P[4]. Los genes que codifican los antígenos G y P se agregan independientemente por lo que se han observado varias combinaciones. Predominan cuatro cepas del grupo A y son las siguientes: G1P[8], responsable por la mayoría de las infecciones; G2P[4], G3P[8] y G4P[8]. Además de esas cuatro más frecuentes, han sido descritas otras con el serotipo G5, G8 y G9. El serotipo G9 puede ser considerado el quinto serotipo de importancia mundial.
<b>Reservorio</b>	Probablemente los seres humanos. Los virus de los animales no producen enfermedad en las personas.
<b>Periodo de incubación</b>	De 24 a 72 horas, aproximadamente.

<b>Mecanismo de transmisión</b>	Probablemente por vía fecal-oral y por posible contacto o por diseminación de secreciones de las vías respiratorias.
	El virus es altamente infectante y muy estable en el ambiente. Puede sobrevivir por horas en las manos y por días en superficies sólidas, Permanece estable e infeccioso en heces humanas hasta por semanas
<b>Definición de caso</b>	
<b>Sospechoso</b>	Todo niño menor de cinco años de edad hospitalizado, con diarrea aguda, definida como tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, con hasta 14 días de duración.
<b>Confirmado</b>	Es un caso sospechoso en que se ha identificado el agente causal (rotavirus) por una prueba de laboratorio. En brotes, se confirma aquellos que se establezca el nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.
<b>Criterios de laboratorio</b>	Identificación del rotavirus mediante pruebas de detección de Antígeno para Rotavirus como el inmunoensayo enzimático y pruebas moleculares.
<b>Notificación</b>	Caso en menores de 5 años: Notificación colectiva semanal. Brote: Notificación inmediata. Vigilancia Centinela: Notificación individual semanal.
<b>Formulario para la notificación</b>	Vigilancia pasiva: Caso: Formulario de Eventos de Notificación Obligatoria Semanal/ENO, SISVIG-Notificación Obligatoria/ENO. Brote: Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones, SISVIG-VIGMOR.
	Vigilancia Centinela: Formulario de Notificación e Investigación de Caso de Diarrea por Rotavirus
<b>Investigación</b>	En caso de brote
<b>Formulario para la investigación</b>	Caso: Formulario de Notificación e Investigación de Caso de Diarrea por Rotavirus
	Brote: Formulario de Caracterización de Brote.
<b>Qué investigar?</b>	De los contactos y de la fuente de infección, antecedentes de vacunación del caso, de sus contactos y del perifoco, factores de riesgo (agua potable, disposición sanitaria de excretas) .
<b>Prevención y Control</b>	
<b>Aislamiento</b>	No corresponde
<b>Limpieza y desinfección</b>	Desinfección concurrente: lavado de manos, juguetes, superficie contaminadas
<b>Quimioprofilaxis</b>	No corresponde
<b>Tratamiento</b>	El tratamiento consiste en reponer los líquidos perdidos, si no hay ningún signo de deshidratación el niño debe ser tratado en el hogar, si el niño presenta signos de deshidratación debe ser tratado en una instalación de salud hasta corregir su deshidratación. El uso de antibióticos es inapropiado para tratar diarrea por rotavirus
<b>Vacunación</b>	Según esquema nacional de vacunación
<b>Bioseguridad</b>	Precauciones estándares, lactancia materna
<b>Manejo de los contactos</b>	Seguimiento por 6 días, vacunación según esquema
<b>Medidas internacionales</b>	

EVENTO	DIFTERIA
Código evento CIE	<b>(A36.0, A36.1, A36.2, A36.3, A36.8, A36.9)</b>
<b>Descripción clínica</b>	Los primeros días post-infección, la toxina induce una necrosis ya sea a nivel de mucosa respiratoria local (amígdala, faríngea o nasal) o propagada (traqueo bronquial). Se manifiesta como una 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 mucosas 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. La mortalidad aumenta en la medida que aumenta la extensión de pseudo-membranas, debido a la asfixia respiratoria que provoca.
Agente causal	Cepas toxigénicas de <i>Corynebacterium diphtheriae</i>
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	De 2 a 5 días, extendiéndose rara vez a 8 días
Mecanismo de transmisión	Transmitida desde una persona infectada mediante contacto respiratorio (gotas) o por contacto directo con secreciones respiratorias o exudado de lesiones cutáneas infectadas
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Toda persona que presenta cuadro agudo de infección oro faríngea, con presencia de pseudo-membranas 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 o alta.
Confirmado	Todo caso sospechoso que se reporte positivo a cepas toxigénicas de <i>Corynebacterium diphtheriae</i> o por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.
<b>Criterios de laboratorio</b>	Identificación de <i>Corynebacterium diphtheriae</i> mediante cultivo. Si crece una cepa indicativa se deberá probar con tarjetas vitek ANC y si es detectado como <i>C. diphtheriae</i> se investigará la toxigenicidad de la cepa con el test de Elek o pruebas moleculares PCR y se utilizará siempre junto con un test fenotípico, como el test de Elek. (LCRSP).
<b>Notificación</b>	Del caso, brote o defunción, de manera individual inmediata y colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Caso: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Notificación Obligatoria

	de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones, SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: Formulario genérico de investigación individual de eventos de notificación obligatoria. Brote: Formulario para la Caracterización del Brote.
Qué investigar?	A los contactos, fuente de infección, antecedentes de vacunación del caso, de sus contactos y del perifoco, factores de riesgo,
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Ubicar al paciente en una sala o área de aislamiento y aplicar las precauciones estándares para su atención.
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente: de todos los objetos u artículos que hayan estado en contacto con el paciente. Limpieza terminal.
Quimioprofilaxis	Quimioprofilaxis: Indicar una dosis de penicilina G Benzatínica IM (600.000 u. < 6 años y 1.200.000 u, para > 6 años) o un ciclo de 7 a 10 días de eritromicina VO (40 mg por kg de peso al día para los niños y 1 g por día para los adultos) para toda persona expuesta a la difteria dentro del núcleo familiar, sea cual fuere su estado de inmunización.
Tratamiento	Bencilpenicilina procaínica o Penicilina G Procaína: administración IM. 50 mg / kg una vez al día, por 14 días. Máximo 1,2 gramos por día. O Penicilina bencílica acuosa (penicilina G): administración IM o EV lenta 100.000 unidades / kg / día, administrar en dosis divididas de 25.000 UI / kg cada 6 horas, por 14 días. Máximo 4 MIU o 2,4 gramos por día. O Eritromicina EV 40-50 mg / kg / día, administrar en dosis divididas, 10 a 15 mg / kg cada 6 horas tratar por un total de 14 días. Máximo 2 g / día.
Vacunación	Según esquema nacional de vacunación. Se recomienda iniciar o completar la inmunización activa contra la difteria para los casos durante el período de convalecencia, pues la enfermedad no siempre confiere inmunidad.
Bioseguridad	Precauciones estándares, etiqueta respiratoria, vacunación a funcionario de salud. Aislamiento
Manejo de los contactos	Todos los contactos cercanos deben ser evaluados para detectar signos y síntomas compatibles con difteria y deben ser mantenidos bajo vigilancia diaria durante 7 días desde el último contacto. Los contactos adultos deben evitar el contacto con los niños y deberán evitar manipular alimentos hasta que se demuestre que no son portadores. Deben recibir quimioprofilaxis
Medidas internacionales	Viajeros a países con difteria actualizar su esquema de vacunación.
Otras	

EVENTO	EFECTO TOXICO DEL CONTACTO CON ESCORPIÓN (ALACRÁN)
Código evento CIE	<b>T63.2, X22</b>
Descripción clínica	<p>Se refiere a la exposición al veneno por el contacto traumático con escorpión a través de su picadura. Los síntomas y signos se presentan con mayor frecuencia desde los primeros minutos hasta las dos horas de la picadura; pueden ser de tipo local o general y no necesariamente siguen un orden. Depende el cuadro clínico entre otros aspectos de la especie, tamaño y etapa de desarrollo del arácnido; cantidad y calidad del veneno inoculado; edad, peso corporal, salud física y sensibilidad del agredido.</p> <p>El cuadro clínico es diverso con manifestación neurológica (visión borrosa, dificultad para deglutir, parestesia, calambres, movimientos involuntarios entre otros), gastrointestinal (náusea, vómitos, sialorrea, dolor abdominal), cardiovascular (simpáticas: taquicardia, hipertensión, arritmia; parasimpática: hipotensión, bradicardia), respiratoria (disnea, edema pulmonar), Genitourinario (retención o incontinencia urinaria, priapismo), metabólico (hiperglicemia e hiperamilasemia).</p> <p>Las complicaciones más frecuentes y graves son: taquicardia ventricular, edema agudo del pulmón y la hipertensión arterial.</p>
Agente causal	Géneros Centruroides y Tityus pertenecientes a la familia Buthidae.
Reservorio	No aplica
Periodo de incubación	Desde los primeros minutos hasta las dos horas de la picadura
Mecanismo de transmisión	Contacto traumático y/o inoculación del veneno del Escorpión
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Persona con historia o presentación de herida producida por el contacto reciente con el aguijón de un animal ponzoñoso, con o sin síntomas.
Confirmado	<p><b>Contacto traumático con Escorpión:</b> Persona con pequeña herida producida por el contacto reciente con el aguijón de un escorpión (alacrán), sin manifestaciones de envenenamiento.</p> <p><b>Efecto tóxico del contacto con Escorpión:</b> Envenenamiento que se produce por la inoculación del veneno del escorpión (alacrán) que presenta como evidencia al escorpión o refiere el antecedente del contacto traumático con escorpión, presentando un síndrome gastrointestinal, metabólico, cardiopulmonar y neurológico potencialmente letal, principalmente en personas con edades comprendidas en los extremos de la vida.</p>
Criterios de laboratorio	<input type="checkbox"/> En casos leves: glicemia $\geq 120$ mg/dl y amilasa $\geq 60$ mg/dl <input type="checkbox"/> En casos moderados: glicemia $\geq 170$ mg/dl y amilasa $\geq 120$ mg/dl <input type="checkbox"/> En casos severos: glicemia $\geq 200$ mg/dl y amilasa $\geq 240$ mg/dl

	<input type="checkbox"/> BHp: leucocitosis $\geq 15,000$ y neutrofilia
<b>Notificación</b>	La notificación de casos es obligatoria, colectiva y semanal; en caso de defunción es obligatoria e individual, y en caso de brote la notificación es inmediata.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública Formulario de Notificación de Brote
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria e inmediata cuando se trata de una defunción y en caso de brote.
Formulario para la investigación	Formulario Genérico de Investigación Formulario de Investigación de Brotes
¿Qué investigar?	Factores de riesgo inherentes al individuo: edad, peso y estado nutricional, enfermedades subyacentes, tiempo en buscar tratamiento, características de la vivienda Factores inherentes al alacrán: identificación de la especie.
<b>Prevención y Control</b>	Promoción de las medidas de protección, orientadas a evitar el ingreso de los alacranes al domicilio y tener precaución en aquellos sitios donde se los puede encontrar.
Aislamiento	No aplica
Limpieza y desinfección	No aplica
Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	El tratamiento debe ser sintomático, atendiendo oportunamente las manifestaciones que se vayan presentando en el enfermo, de acuerdo al grado de envenenamiento. Uso de suero antiescorpión (SAE) en casos moderados y severos.
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	No aplica
Manejo de los contactos	No aplica
Medidas internacionales	No aplica
Otras	Medidas de Prevención: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Protección personal: revisar y sacudir las prendas de vestir y calzado antes de usarlas.</li> <li><input type="checkbox"/> Protección Intra-domiciliar: reparar grietas en pisos, paredes y techo.</li> <li><input type="checkbox"/> En el ámbito peri domiciliar: realizar aseo cuidadoso y periódico de la vivienda y alrededor.</li> <li><input type="checkbox"/> Especial cuidado cuando examinan lugares oscuros y húmedos.</li> </ul>

EVENTO	EFECTO TOXICO DEL CONTACTO CON SERPIENTE (OFIDIO)
Código evento CIE	<b>T63.0, X20</b>
Descripción clínica	<p>Las mordeduras de serpientes venenosas pueden ser mortales si no se tratan de manera rápida. Producen parálisis grave de los músculos respiratorios, trastornos hemorrágicos potencialmente mortales, insuficiencia renal irreversible o grave destrucción local de los tejidos que requiere amputación u otras discapacidades permanentes. Los niños tienen el mayor riesgo de muerte o de complicaciones graves a causa de dichas mordeduras, debido al tamaño pequeño de sus cuerpos.</p> <p>El antídoto correcto puede salvar la vida de una persona. Es muy importante ir a un cuarto de urgencias lo más pronto posible. Si se tratan en forma apropiada, muchas mordeduras de serpientes no tendrán efectos graves.</p>
Agente causal	<p>En Panamá las especies más frecuentemente asociadas a mordedura se agrupan en 3 familias: Elapidae, (serpientes de coral), Hydrophidae (serpiente marina) y Viperidae (víboras). La gran mayoría de serpientes son no venenosas.</p>
Reservorio	No aplica
Periodo de incubación	
Mecanismo de transmisión	<p>Contacto traumático: Se produce una lesión cutánea por la mordedura de serpiente seguida de la inoculación de sustancias tóxicas (veneno) que lesionan los tejidos, condicionando alteraciones fisiopatológicas de gravedad variable.</p>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Toda persona mordida por una serpiente en áreas donde existen especies venenosas.
Confirmado	Caso sospechoso en el que se comprueba mordedura de serpiente del género <i>Bothrops</i> , <i>Crotalus</i> , <i>Lachesis</i> o <i>Micrurus</i> y se instala un cuadro de descompensación hemodinámica y síntomas neurológicos o de dermonecrosis.
Criterios de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Perfil de coagulación: TP, TPT, Fibrinógeno</li> <li>· N. de Urea y Creatinina</li> <li>· Plaquetas</li> <li>· CK y LDH</li> </ul>
<b>Notificación</b>	La notificación de casos es obligatoria, colectiva y semanal; en caso de defunción es obligatoria e individual, y en caso de brote la notificación es inmediata.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública

	Formulario de Notificación de Brote
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria e inmediata cuando se trata de una defunción y en caso de brote.
Formulario para la investigación	Formulario Genérico de Investigación Formulario de Investigación de Brotes
Qué investigar?	Tipo de actividad que realizaba el paciente en el momento del accidente ofídico, los elementos de protección en caso de estar laborando, el lugar de los hechos, los síntomas posteriores a la mordedura, el tiempo transcurrido entre el accidente y la consulta, las circunstancias del accidente, las características de la serpiente, la parte del cuerpo afectado, los antecedentes de accidente o uso de suero, los tratamientos no médicos y en general todos los factores de riesgo.
<b>Prevención y Control</b>	<p>Promoción de las medidas de protección, orientadas a evitar la mordedura de ofidio en casa o peri domicilio y tener precaución en aquellos sitios donde se los puede encontrar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· En las áreas endémicas de ofidios se procederá a la inspección frecuente de viviendas, locales, zapatos, depósitos, cajones, canastos, letrinas, entre otras. Asimismo, se tomarán las debidas precauciones luego de fuertes lluvias. La inspección deberá ser apoyada por una buena iluminación, particularmente si se trata de lugares oscuros y húmedos.</li> <li>· Uso de vestimenta adecuada fundamentalmente durante la noche, se recomienda a las personas el uso de pantalón largo, botas o calzado cerrados de cuero preferentemente.</li> </ul> <p>Se prestará debida atención al atravesar bosques, hierbazales, zonas inundadas, sendas, etc. Durante la noche es obligatorio el uso de linternas.</p> <p>No introducir, en forma desaprensiva, las manos en los huecos de los árboles, en cuevas y en nidos, si tiene que hacerlo hágalo con un palo primero.</p> <p>Se evitará cazar o tomar serpientes con las manos aunque aparenten estar muertas.</p> <p>No sentarse en el suelo, tronco o roca, sin mirar alrededor.</p> <p>Precaución, al defecar y orinar en campo abierto, observar los alrededores previamente.</p> <p>Precaución, al levantar o remover troncos caídos o piedras con las manos.</p>
Aislamiento	No aplica
Limpieza y desinfección	No aplica

Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	Suero antiofídico (SAO) y tratamiento de soporte para las manifestaciones locales y sistémicas de acuerdo a la norma de atención. Usar suero anticoral en caso de mordedura de coral.
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	No aplica
Manejo de los contactos	No aplica
Medidas internacionales	No aplica
Otras	Opciones de identificación inicial de la serpiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>· La serpiente que mordió no es venenosa.</li> <li>· La serpiente es venenosa pero no inoculó el veneno.</li> <li>· La serpiente sí inoculó veneno y es una coral.</li> <li>· La serpiente sí inoculó veneno y pertenece a la familia Viperidae.</li> </ul>

EVENTO	EFECTO TÓXICO POR METALES
<b>Código evento CIE</b>	Hallazgo de niveles anormales de metales pesados en la sangre - R78.7
<b>Descripción Clínica</b>	<p>Son eventos de salud producidos por metales pesados presentes en suelo, agua, aire, alimentos producto de la contaminación industrial, tecnológica, minera, agropecuaria y el uso indiscriminado de pesticidas y fertilizantes químicos en áreas rurales y urbanas. Un metal pesado es un elemento químico con alta densidad (mayor a 4 g/cm<sup>3</sup>), masa y peso atómico por encima de 20, y son tóxicos en concentraciones bajas.</p>
	<p>Las fuentes de contaminación son diversas: el mercurio en fuentes de agua, quebradas, lagunas. Arsénico en cultivos de hortalizas y legumbres, diversos vegetales. Aguas contaminadas con plomo y mercurio, uso indiscriminado de mercurio y cianuro en explotación minera. Así mismo hay países que reportan presencia de metales pesados en peces y camarones en Indonesia, Japón, México y Chile, cerdo contaminado con plomo proveniente de Australia, salmón fresco con niveles peligrosos de plomo y cadmio, en Noruega y Rusia reporta materias primas para fabricación de alimentos contaminadas con zinc provenientes de China.</p>
	<p>Los metales pesados no pueden ser degradados o destruidos, pueden ser disueltos por agentes físicos y químicos y ser lixiviados. Algunos forman complejos solubles y son transportados y distribuidos a los ecosistemas hasta incorporarse en la cadena trófica (suelo, agua, plantas, semillas y forrajes), primordialmente aquellos procedentes de áreas contaminadas.</p>
<b>Agente causal</b>	<p>Compuestos orgánicos e inorgánicos con cobre (Cu), sales de cadmio (Cd), Compuestos Orgánicos de Mercurio (Hg), Derivados alquílicos: Metilmercurio, Etilmercurio, Derivados arílicos: Fenilmercurio, Derivados alcoxiarquílicos: Metoxietilmercurio, Compuestos inorgánicos de Plomo (Oxidos de Pb (Litargirio, Minio) y sales: cromatos, carbonatos, arseniatos, etc), sales de arsénico (As).</p>
<b>Reservorio</b>	Ser humano, animales, plantas
<b>Periodo de incubación</b>	Depende del agente causal. Generalmente es menor de una hora.

<b>Mecanismo de transmisión</b>	Por medio de aire, agua y alimentos contaminados, envases metálicos, tuberías metálicas, exposición a químicos industriales y agropecuarios.
<b>Definición de caso</b>	Cuadro agudo y repentino caracterizado por vómitos y diarrea, sabor metálico, dolor abdominal cólico, manifestaciones neurológicas en una hora o menos posterior a la ingesta de alimento o bebida, o por haber tenido contacto físico con sustancias químicas industriales o agropecuarias.
<b>Sospechoso</b>	<p><b>ARSÉNICO:</b> cuadro de menos de una hora con sintomatología gastrointestinal con vómitos y diarreas coleriformes (granos de arroz), sed intensa, sabor acre, y sensación quemante en todo el tubo digestivo superior. Puede haber deshidratación moderada o grave, hipotensión y miocardiopatía con disminución de la contractilidad, prolongación del intervalo Q-T, arritmias. La nefritis arsenical cursa con: hematuria, proteinuria, necrosis tubular aguda; y, en ocasiones necrosis cortical. En la intoxicación moderada-grave pueden presentarse convulsiones y coma. Las intoxicaciones severas evolucionan a la muerte en 24 horas. Con antecedente de contacto con pigmentos, refinadores de vidrio, en peletería y taxidermia, conservación de madera, herbicidas y desecantes, fármacos en medicina veterinaria, plaguicidas y aditivos en la alimentación.</p> <p><b>CADMIO:</b> cuadro clínico con síntomas irritativos a nivel gastrointestinal en la primera hora después del consumo. Se presenta sabor metálico, cólicos violentos, vómitos, diarreas sanguinolentas y toxicidad hepatorenal. Antecedente de actividades relacionadas con cultivos a partir del suelo y el riego acumulándose en los cereales como el arroz y el trigo, ingesta de moluscos y crustáceos. Contacto con contaminación de alimentos ingeridos en áreas de trabajo contaminadas, contaminación del alimento a partir de defectos de la sutura en latas de conserva galvanizadas.</p> <p><b>COBRE:</b> Cuadro de vómitos (inmediatos postingesta), dolor retro-esternal y epigástrico, sudoración y diarrea. Cuando se produce la absorción de los compuestos, ocurren hemólisis, anemia, ictericia, fallo renal y hepático. Antecedente de presencia de funguicidas, contaminación de alimentos cocinados o conservados en recipientes de cobre.</p>

**MERCURIO:** Cuadro de parestesias en extremidades y labios (son los síntomas iniciales). Se establece la encefalopatía tóxica con atrofia de los hemisferios occipitales y cerebelo que se manifiesta por temblor, ataxia, reducción concéntrica de los campos visuales (visión en túnel), escotomas múltiples, disminución de la agudeza visual y auditiva, rigidez muscular, espasticidad, hiperreflexia profunda. La labilidad emocional y el deterioro intelectual pueden ser considerables. La afectación renal es infrecuente. En las intoxicaciones severas la muerte está precedida por confusión mental y coma. La exposición prenatal provoca una grave lesión encefálica que se manifiesta después del nacimiento por retraso del desarrollo y déficit neurológico. Los temblores, la ataxia, las convulsiones, la ceguera, la hipoacusia son trastornos frecuentes e irreversibles. También se han descrito lesiones renales y diabetes por afectación del páncreas. Antecedente de exposición a fuentes contaminantes tales como: instrumental de precisión, joyería, industria electrónica, eléctrica, fabricación de amalgamas, fotografía, fotograbado, funguicidas, preservadores de madera, desinfectantes, etc.

**PLOMO.** Cuadro clínico crónico que incluye astenia, anorexia, irritabilidad, cambios de conducta, mialgias, disminución de la fuerza muscular, palidez, dolor cólico, mesoabdominal (cólico saturnino), constipación, trastornos del sueño, hipertensión arterial, lesiones sensoriales por trastornos vasculares, anemia. Provoca polineuritis, neuropatía motora distal por afectación axonal. La electromiografía muestra disminución de la velocidad de conducción antes de la manifestación clínica. La encefalopatía es más común en los niños pequeños. Puede manifestarse con un síndrome de hipertensión endocraneana o como un pseudotumor cerebral. Antecedente de contacto con baterías, la cerámica, los lubricantes, el vidrio, el material de fundición, las pinturas, los esmaltes, los materiales usados en plomería son importantes fuentes de contaminación del aire, la tierra y el agua. A partir de ellos el metal es incorporado a los alimentos (ganado, leche, peces, vegetales). La transferencia desde el envase o utensilios de cocción está descrita, pero es poco frecuente.

**Confirmado**

Sospecha clínica + laboratorio específico confirmatorio.

<p><b>Criterios de laboratorio</b></p>	<p><b>ARSÉNICO:</b> detección de As-O mayor de 50 ug/g creatinina en orina. La investigación en pelos y uñas demuestran absorción sistémica. No se realizan habitualmente en la práctica clínica (valor esperado: As cabellos: Menor de 3 ppm, Arsénico en uñas: Menor de 0,8 ppm). <b>CADMIO:</b> determinación de Cd en sangre (Cd-S) (sirve sólo en agudo). Valor esperado: Cd-S = 0.4 1µg/l (no fumadores; 1,4 4,5 µg/l (fumadores) Cd-O = &lt; 1 µg/l.</p> <p><b>COBRE:</b> nivel de Cobre en sangre (Cu-S). El valor normal es en varones, 70 - 140 µg/100 ml y en mujeres, 80-155 µg/100 ml. La determinación de cobre está incluido en los controles habituales de alimentos y agua de consumo. <b>MERCURIO:</b> detección de Hg-S o Hg-O) Sólo es útil para metil, dimetil y etilmercurio por excretarse por heces a partir de eliminación biliar, el valor esperado: Hg-S: Menor de 10 µg/dl. Hg-O: Menor de 10 µg/l</p> <p><b>PLOMO:</b> Determinación de actividad de δ ALA-D, marcador de efecto de alta sensibilidad. El valor normal es &gt; 20 U / litro de glóbulos rojos. También puede realizarse la determinación en orina de ácido δ aminolevulínico y coproporfirinas.</p>
<p><b>Notificación</b></p>	<p>La notificación es obligatoria, colectiva, semanal. En caso de defunción es obligatoria e individual. En caso de brote la notificación debe ser obligatoria, individual e inmediata.</p>
<p><b>Formulario para la notificación</b></p>	<p>Formulario de Notificación Individual de Eventos de Salud Pública</p>
<p><b>Investigación</b></p>	
<p><b>Formulario para la investigación</b></p>	<p>Formulario de Investigación y Formulario de Investigación de Brotes</p>

<p><b>Qué investigar?</b></p>	<p>Lugar de residencia, ocupación, lugar de trabajo, alimentos de consumo, fuente de toma de agua. Factores de riesgo para intoxicación por metales pesados: contacto con suelo por actividades laborales, agrícolas; uso de insecticidas, desinfectantes y medicamentos; contacto con suelo arenoso o envases de vidrio; manejo al procesar envases, oxidación y actividades de almacenamiento; contacto con suplementos alimenticios para animales; contacto con pinturas, insecticidas, pesticidas, fertilizantes; productos del mar nacionales e importados con antecedentes de contaminación ambiental; consumo de alimentos importados y productos para consumo sin control sanitario comprobado; manipuladores de papel, tintes, pigmentos, curadores de madera y cuero, personas que practican taxidermia, contacto con desecantes, uso de aditivos para alimentación, etc.</p>
<p><b>Prevención y Control</b></p>	<p>Controlar las fuentes de contaminación con metales pesados; prevenir que estos se difundan en el medio ambiente, identificar las fuentes de contaminación, controlar la difusión a partir de estas, tratar de no incluir en los procesos industriales materia prima que contenga metales pesados, y otras parecidas.</p> <p>Las medidas de higiene del personal deben ser estrictas y requieren de una infraestructura que complemente los procedimientos básicos de higiene (lavado de manos, aseo), uso de casilleros dobles y la segregación de un área sucia (donde se retendrá la ropa de trabajo contaminada), procurando separarlas totalmente entre sí, asegurar que cada vez que el trabajador vaya a su colación y cada vez que se retire de la empresa, se encuentre libre de metales en su cuerpo, ropa y otros efectos personales.</p> <p>Los focos generadores de polvo o humos metálicos se encuentren idealmente encerrados por campanas extractoras de estos contaminantes, considerar un sistema de filtros retenedores que no descarguen al ambiente exterior todo el material contaminante capturado.</p> <p>Uso de presión negativa controlada (PNC), que aseguren la hermeticidad perfecta entre la máscara y el rostro del usuario; capacitación permanente y el stock suficiente para el recambio oportuno de los filtros y máscaras.</p> <p>Los trabajadores que manipulen y tengan contacto con metales pesados en forma de polvo o humos, también deberán proteger su piel, para lo que podrán requerir guantes, gafas o protectores faciales que</p>

	eviten el depósito de estos agentes sobre manos y rostro, como en el caso de los soldadores. Adicionalmente, trajes o buzos de cuerpo entero, pudiendo escogerse entre ocupar del tipo desechables o efectuar el lavado de la ropa de trabajo en la empresa, con el objetivo final de evitar que sus trabajadores pudiesen llevarse metales pesados a sus hogares.
<b>Aislamiento</b>	No aplica
<b>Limpieza y desinfección</b>	No aplica
<b>Quimioprofilaxis</b>	No aplica
<b>Tratamiento</b>	<b>Directo:</b> por medio del uso de agentes quelantes.  <b>Indirecto:</b> sintomático, medicamento de acuerdo a la parte disfuncional, diálisis, trasplantes, etc.
<b>Vacunación</b>	No aplica
<b>Bioseguridad</b>	Los metales pesados en mercancías peligrosas son clasificados en su mayoría como "Clase 9: Materias y objetos que presentan peligros diversos" en el modelo de la ONU de clases de peligro, pero algunas veces mientras son transportados se los etiqueta como "Clase 6.1: Materias tóxicas".
<b>Medidas internacionales</b>	Medidas en transporte aéreo, acuático, ante posibles catástrofes y dispersión ambiental
<b>Otras</b>	No aplica

EVENTO	EFECTO TÓXICO/INTOXICACION AGUDA POR PLAGUICIDAS (IAPs)
<p>Código</p> <p>Descripción clínica</p>	<p>T60, X48, X68, X87, Y18</p> <p>Se refiere al efecto perjudicial que puede provocar sobre la salud, la exposición a agentes químicos. El efecto agudo se refiere a las intoxicaciones vinculadas a una exposición de corto tiempo, con daños sistémicos (síntomas gastrointestinales, cardiológico, entre otros), o localizados (dermatitis, conjuntivitis, entre otros).</p> <p>La <b>intoxicación por plaguicidas</b> es especialmente perjudicial para los niños, ya que su cerebro y su sistema nervioso están desarrollándose. El patrón <b>clínico</b> es comúnmente denominado síndrome tóxico, y sus manifestaciones se agrupan según los síntomas en muscarínicos, nicotínicos, neurológicos y localizados.</p>
<p>Agente causal</p> <p>Reservorio</p> <p>P. Incubación</p> <p>Mecanismo de acción</p> <p><b>Definición de caso</b></p>	<p>Plaguicidas de diversos grupos químicos</p> <p>Agua y alimentos contaminados, ambiente</p> <p>No aplica</p> <p><b>Contacto directo:</b> la actividad realizada por el intoxicado al momento de la exposición implica la manipulación, o consumo de plaguicidas.</p> <p><b>Expansión:</b> la exposición se produce por la extensión de la nube de aplicación del plaguicida más allá del lugar donde debió ser aplicado, afectando incluso a personas no involucradas en la actividad.</p> <p><b>Incumplimiento del período de reentrada:</b> el afectado ingresa a una zona tratada con plaguicidas o manipula un producto u objeto tratado con éstos, antes de cumplido el tiempo que debe transcurrir entre la aplicación del plaguicida y el momento en que las personas puedan ingresar o manipularlo sin EPP, establecido en la ficha técnica del producto.</p> <p><b>Incumplimiento del período de carencia:</b> El afectado consume frutas, hortalizas u otro alimento, antes de cumplido el tiempo que debe transcurrir entre la última aplicación y el consumo.</p>
<p>Sospechoso</p>	<p>Persona que en las primeras 48 horas post exposición presenta sintomatología compatible con una intoxicación (sistémica o localizada) y se sospecha una exposición a plaguicidas.</p>
<p>Confirmado</p>	<p>Caso sospechoso con criterio clínico epidemiológico, donde se identifica claramente el antecedente de exposición al tóxico, la o las vías de exposición, el agente, el mecanismo y su relación en el tiempo.</p> <p>Caso sospechoso con criterio clínico laboratorial, a través del indicador biológico, de exposición o de efecto, alterado de acuerdo al plaguicida.</p>

	Caso sospechoso con criterio de confirmación por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias forenses.
Criterios de laboratorio	A través del indicador biológico, de exposición o de efecto, alterado de acuerdo al plaguicida.
<b>Notificación</b>	La notificación, sea caso o defunción es obligatoria e individual, de periodicidad semanal. En caso de brote es inmediata. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública y Formulario de Notificación e Investigación de IAPs. (Parte de Notificación)
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria y mediata cuando se trata de un caso o defunción. En caso de brote la investigación es inmediata.
Formulario para la investigación	Formulario de Notificación e Investigación de IAPs. (Parte de Investigación) Formulario de Investigación de Brotes
Qué investigar?	Factores de riesgo, Contactos y fuente de intoxicación. Búsqueda de casos sintomáticos en el perifoco laboral y grupo familiar. Condiciones de la exposición para su control inmediato.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	No aplica
Limpieza y desinfección	Lavado del caso contaminado según las normas
Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	De acuerdo al plaguicida involucrado y según las normas de atención. Uso de antídotos
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	Uso de equipo de protección personal al momento de manejar los productos químicos (plaguicidas)
Manejo de los contactos	Luego de su identificación en ambiente laboral o familiar se manejarán de acuerdo a las normas de atención.
Medidas internacionales	Cumplimiento como país con las resoluciones y directrices que se aprueban en las Conferencias de las partes de los Convenios de Estocolmo y Rotterdam de la legislación internacional en material de plaguicidas.
Otras	Criterios de Alerta: <input type="checkbox"/> Una defunción por IAPs, excluyendo los suicidios.

- Un menor de edad afectado.
- Dos o más casos en un centro de trabajo o lugar el mismo día.
- Un caso diario durante dos días en el mismo lugar.
- Un intoxicado grave.
- Un intoxicado por un plaguicida no registrado o prohibido.

EVENTO	FIEBRE EQUINA VENEZOLANA
Código evento	CIE-10 A92.2
Descripción clínica	<p>Las manifestaciones clínicas de la infección vírica son similares a las de la influenza, con un cuadro de comienzo repentino, que incluye cefalalgia intensa, escalofríos, fiebre, mialgias, dolor retro orbital, náusea y vómitos. El único signo físico es la hiperemia conjuntival y faríngea. Casi todas las infecciones son relativamente leves y los síntomas duran de tres a cinco días. En muchos casos el curso febril es difásico; después de unos pocos días de fiebre, particularmente en los niños, puede haber signos de afección del sistema nervioso central, que van desde la somnolencia hasta la encefalitis franca, con desorientación, convulsiones, parálisis, coma y muerte.</p>
Agente causal	<p>El virus de la encefalomyelitis equina venezolana (EEV), un Alfavirus (Togaviridae, Alfavirus) Los virus del complejo EEV son clasificados en seis subtipos antigénicos (I a VI).</p>
Reservorio	<p>Un ciclo de vertebrado menores (roedores)-mosquito hace que persistan los serotipos enzoóticos de la EEV. Los virus del complejo EEV son mantenidos en ciclos enzoóticos selváticos en bosques tropicales y subtropicales pantanosos transmitidos a roedores o aves acuáticas por mosquitos de las especies <i>Culex melanoconium</i>; la infección de equinos y humanos puede ocurrir cuando entran en el ciclo enzoótico o cuando las condiciones climáticas favorecen la proliferación de mosquitos de diferentes especies amplificándose el ciclo de transmisión dando lugar a epizootias/epidemias.</p>
Periodo de incubación	<p>Suele ser de dos a seis días, pero incluso puede no exceder de un día.</p>
Mecanismo de transmisión	<p>Por la picadura de un mosquito infectado. Se han aislado virus de Encefalitis Equina Venezolana (EEV), de diversos géneros de mosquitos, que incluyen <i>Culex (Melanoconiun)</i>, <i>Aedes mansonía</i>, <i>Psorophora</i>, <i>Haemagogus</i>, <i>Sabethes</i>, <i>Deinocerites</i> y <i>Anopheles</i>, y quizás también intervengan jejenes ceratopogónidos. Son comunes las infecciones en el laboratorio por transmisión por aerosoles; no hay prueba de transmisión directa de los caballos a los humanos. Las personas y los caballos afectados son infecciosos para los mosquitos durante 72 horas, por lo menos; los mosquitos infectados probablemente transmitan el virus durante toda su vida.</p>

	Los serotipos epizooticos se transmiten por un ciclo en que intervienen caballos, que constituyen la fuente principal del virus para los mosquitos, que a su vez infectan a las personas. Estas también muestran viremia suficiente para constituirse en huéspedes, en un ciclo de transmisión humano-mosquito-humano.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Todo paciente con cuadro febril más cefalea o irritabilidad en los menores de edad, y uno o más de los siguientes signos o síntomas meníngeos, trastornos fluctuantes del estado de conciencia o del comportamiento del individuo, convulsiones, temblores y en casos raros parálisis flácida aguda.
Confirmado	Todo caso sospechoso con detección del agente virus causal mediante pruebas de laboratorio (Aislamiento viral, pruebas moleculares, pruebas serológicas-ELISA, Neutralización por reducción en placa, Inmunohistoquímica).
Criterios de laboratorio	<p><b>Muestras de laboratorio:</b> De 0 a 3 días tomar suero y LCR. De 4 días en adelante suero. En los casos con pruebas negativas de muestras tomadas de 0 a 3 días, enviar una segunda muestra de suero. En los casos positivos se debe enviar una segunda muestra para ver si hay aumento de títulos.</p> <p>Muestra Aguda (Menos de 5 días después de inicio de síntomas)</p> <p>Muestra Convalesciente (más de 5 días después de inicio de síntomas).</p> <p>Las muestras son las siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangre en tubo de química para Suero (tapa roja)</li> <li>- Líquido cefalorraquídeo en envase estéril</li> <li>- En caso de muerte: tejido cerebral de menos de 24 h, conservado a 4°-8°C (no formaldehído, ni formalina, ni parafina, ni alcohol).</li> </ul> <p><b>Envío de Muestras:</b> - Respetando la Cadena de Frío (4°- 8°C), en menos de 24 h después de la toma de muestra. Se harán consideraciones especiales para los fines de semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enviar la muestra con el formulario de Notificación Individual de Eventos de Salud Pública con la información general y clínica completa (Signo y síntomas, Fecha de inicio, exámenes realizados, etc.) y la información de contacto del médico o del Departamento de Epidemiología de la institución.</li> </ul> <p>Colocar en anexo MUESTRAS Y PRUEBAS SEGÚN INICIO DE SÍNTOMAS Y CONDICIÓN FINAL, ENCEFALITIS EQUINAS</p>

<b>Notificación</b>	Del caso, brote o defunción, de manera individual inmediata y colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Caso: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones, SISVIG- VIGMOR.
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: Formulario genérico de investigación individual de eventos de notificación obligatoria. Brote: Formulario para la Caracterización del Brote.
Qué investigar?	Búsqueda activa de casos similares para su manejo clínico epidemiológico, fuentes de infección, identificar factores de riesgo (exposición laboral), Investigación de personas asociadas al caso índice: se deberá realizar lo siguiente: Confeccionar la lista de estas personas expuestas, Citar para su evaluación individual, Ordenar pruebas de laboratorio a los que se requieran
<b>Prevención y Control</b>	<p><b>Medidas de Prevención:</b> Existen algunas precauciones que individuos pueden tomar para reducir la exposición del virus en los hogares: Colocar telas metálicas en las ventanas y cerrar brechas en las casas donde puedan entrar los mosquitos. Usar pantalones largos y camisas de manga larga particularmente cuando se permanecerá fuera de las casas por períodos prolongados, particularmente cuando hay actividad de mosquitos. Minimizar actividades fuera de casa durante períodos crepusculares, período de mayor cantidad de picadas de mosquitos (amanecer y anochecer). Usar repelentes de insectos con hasta 35% del ingrediente activo DEET para adultos y de hasta 20% para niños. El uso de repelentes herbales o ultrasónicos no son efectivos contra la picada de mosquitos. Usar mosquiteros para cubrir el área donde duermen las personas, sobre todo niños y bebés. Saneamiento básico del domicilio y peri domicilio. Eliminación de criaderos de mosquitos.</p> <p><b>Medidas de Control:</b> La manera más eficaz y económica de controlar los mosquitos es mediante la reducción de fuentes larvarias. La experiencia indica que esto se hace mediante los programas de reducción de criaderos: Vigilar a las poblaciones de mosquitos e iniciar control antes que la transmisión de enfermedades a los seres humanos y animales domésticos ocurra. El control de las poblaciones de mosquitos adultos mediante la aplicación aérea de los insecticidas se reserva generalmente como un último recurso.</p>

Aislamiento	El aislamiento del paciente por al menos 5 días después de inicio de la enfermedad previene la diseminación de la misma. Uso de mosquiteros.
Limpieza y desinfección	No Corresponde
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	Los objetivos del tratamiento son brindarle al paciente cuidados complementarios (reposo, nutrición, líquidos) para ayudarlo a combatir la infección y aliviar los síntomas. A las personas con estados de confusión o delirio les puede servir la reorientación y el apoyo emocional.
	Los pacientes que presentan signos neurológicos deben ser evaluados por un especialista y requieren un monitoreo estrecho.
Vacunación	<b>No Corresponde</b>
Bioseguridad	Precauciones universales para la necropsia humana y animal deben usarse como la protección personal (usando ropa protectora, respiradores N95, guantes, protectores faciales), en caso de animales el desecho de aves y animales muertos o muestras contaminadas y la desinfección de todos los elementos.
Manejo de los contactos	Investigación de personas asociadas al caso índice: se deberá realizar lo siguiente:
	Confeccionar la lista de estas personas expuestas.
	Citar para su evaluación individual
	Ordenar pruebas de laboratorio a los que se requieran
	Dependiendo de los resultados referir a atención especializada
	Los casos positivos deben ser manejados como caso nuevo.
Investigar casos adicionales en personas, animales, reservorios y vectores,	
Medidas internacionales	Rociar con insecticidas naves que provengan de zonas de prevalencia reconocida.
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL</b>
Código evento	<b>CIE-10 A92.3 Fiebre del Nilo Occidental</b>
Descripción clínica	<p>Entre el 70% y 80 % de las infecciones por el virus del Nilo Occidental (VNO) en los seres humanos son asintomáticas. La mayoría de las personas sintomáticas presentan una enfermedad sistémica febril aguda que suele caracterizarse por cefalea, mialgias o artralgias, síntomas del aparato digestivo y erupción maculo papulosa pasajera.</p> <p>Las enfermedades febriles suelen durar una semana o menos, muchas de las cuales son similares al dengue. Menos de 1% de las personas infectadas padecen cuadros neuro invasores, que se manifiestan como meningitis, encefalitis o parálisis flácida aguda. Los síntomas iniciales en los pacientes con encefalitis por virus del Nilo Occidental consisten en crisis convulsivas, alteraciones del estado mental, déficits neurológicos focales o trastornos del movimiento. La parálisis flácida aguda por VNO a menudo es idéntica en términos clínicos e histopatológicos a la parálisis flácida por polio virus. Se ha descrito síndrome de Guillain-Barre por VNO. En raros casos se ha descrito disritmias cardiacas, miocarditis, rabdomiólisis, coriorretinitis, orquitis, pancreatitis y hepatitis después de infección por VNO. La mayoría de los pacientes con enfermedad no neuro invasiva por VNO o meningitis se restablecen por completo, pero pueden presentar fatiga, malestar general y debilidad durante semanas o meses. Los pacientes que se recuperan de la encefalitis o de la parálisis flácida por VNO a menudo sufren déficits neurológicos residuales.</p>
Agente causal	Los virus del Nilo Occidental, pertenecen genero <i>Flavivirus</i> de la familia <i>Flaviiridae</i>
Reservorio	El virus se transmite en un ciclo enzoótico entre mosquitos y vertebrados amplificadores principalmente las aves
Periodo de incubación	Generalmente de dos a seis días, pero puede durar de 2 a 14 y llegar hasta 21 días en las personas inmunodeprimidas.

Mecanismo de transmisión	<p>El virus del del Nilo Occidental se transmite a los seres humanos por la picadura de mosquitos infectados, en particular del género <i>Culex</i>. Estos mosquitos pican con mayor intensidad del atardecer al alba y se reproducen en agua estancada. El virus puede transmitirse de persona a persona por transfusión de sangre o por trasplante de órganos sólidos. También se descrito transmisión intrauterina y probable transmisión por la leche materna. En técnicos de laboratorio y en entornos ocupacionales se ha presentado transmisión secundaria a exposición percutánea y de las mucosas.</p> <p>Los mosquitos infectados probablemente transmiten el virus durante toda su vida.</p>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Paciente con enfermedad febril con manifestaciones neurológicas que varían de la cefalea a la meningitis aséptica o la encefalitis, habitualmente, paciente mayor de 40 años.
Confirmado	Todo caso sospechoso con detección del agente virus causal mediante pruebas de laboratorio (Aislamiento viral, pruebas moleculares, pruebas serológicas-ELISA, Neutralización por reducción en placa, Inmunohistoquímica).
Criterios de laboratorio	<p><b>Muestras de laboratorio:</b></p> <p>Muestra Aguda (Menos de 5 días después de inicio de síntomas)</p> <p>Muestra Convaleciente (más de 5 días después de inicio de síntomas).</p> <p>Las muestras son las siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangre en tubo de química para Suero (tapa roja)</li> <li>- Líquido cefalorraquídeo en envase estéril</li> <li>- En caso de muerte: tejido cerebral de menos de 24 h, conservado a 4°-8°C (no formaldehído, ni formalina, ni parafina, ni alcohol).</li> </ul> <p><b>Envío de Muestras:</b> - Respetando la Cadena de Frío (4°- 8°C), en menos de 24 h después de la toma de muestra. Se harán consideraciones especiales para los fines de semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enviar la muestra con el formulario de Notificación Individual de Eventos de Salud Pública con la información general y clínica completa (Signo y síntomas, Fecha de inicio, exámenes realizados, etc) y la información de contacto del médico o del Departamento de Epidemiología de la institución.</li> </ul> <p><b>Técnicas de laboratorio</b></p> <p>a. ELISA IgM: detecta anticuerpos específicos contra el virus del Nilo Occidental, a partir del 8° día de la enfermedad. Puede realizarse en suero o líquido cefalorraquídeo.</p>

	<p>b. 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.</p> <p>c. RT-PCR específica para West Nile: detecta ácidos nucleicos específicos de West Nile en muestras de suero, líquido cefalorraquídeo, tejidos tanto de humanos como de animales.</p> <p>d. 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.</p> <p>e. 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.</p>
<b>Notificación</b>	Caso, brote o defunción, de manera individual inmediata y colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Caso: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones, SISVIG- VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: Formulario genérico de investigación individual de eventos de notificación obligatoria. Brote: Formulario para la Caracterización del Brote.
¿Qué investigar?	Búsqueda activa de casos similares para su manejo clínico epidemiológico, fuentes de infección, identificar factores de riesgo  Investigación de personas asociadas al caso índice: se deberá realizar lo siguiente: Confeccionar la lista de personas expuestas, Citar para su evaluación individual, Ordenar pruebas de laboratorio a los que se requieran.
<b>Prevención y Control</b>	<b>Medidas de Prevención:</b> concientización acerca de los factores de riesgo y la educación de la gente con respecto a las medidas que pueden adoptar para reducir la exposición al virus.

	<p>Precauciones que los individuos pueden adoptar para reducir la exposición del virus en los hogares: Colocar telas metálicas en las ventanas y cerrar brechas en las casas donde puedan entrar los mosquitos. Usar pantalones largos y camisas de manga larga particularmente cuando se permanecerá fuera de las casas por períodos prolongados, particularmente cuando hay actividad de mosquitos. Minimizar actividades fuera de casa durante períodos crepusculares, período de mayor actividad y picadas de mosquitos (amanecer y anochecer). Usar repelentes de insectos con hasta 35% del ingrediente activo DEET para adultos y de hasta 20% para niños. El uso de repelentes herbales o ultrasónicos no son efectivos contra la picada de mosquitos. Usar mosquiteros para cubrir el área donde duermen las personas, sobre todo niños y bebés. Saneamiento básico del domicilio y peri domicilio. Eliminación de criaderos de mosquitos.</p> <p><b>Medidas de Control:</b> La manera más eficaz y económica de controlar los mosquitos es mediante la reducción de fuentes larvianas. La experiencia indica que esto se hace mediante los programas de reducción de criaderos: Vigilar a las poblaciones de mosquitos e iniciar control antes que la transmisión de enfermedades a los seres humanos y animales domésticos ocurra. El control de las poblaciones de mosquitos adultos mediante la aplicación aérea de los insecticidas se reserva generalmente como un último recurso.</p>
Aislamiento	El aislamiento del paciente por al menos 5 días después de inicio de la enfermedad, previene la diseminación de la misma.
Limpieza y desinfección	No Corresponde
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	<p>Los objetivos del tratamiento son brindarle al paciente cuidados complementarios (reposo, nutrición, líquidos) para ayudarlo a combatir la infección y aliviar los síntomas. A las personas con estados de confusión o delirio les puede servir la reorientación y el apoyo emocional.</p> <p>Los pacientes que presentan signos neurológicos deben ser evaluados por un especialista y requieren un monitoreo estrecho.</p>
Vacunación	<b>No Corresponde</b>
Bioseguridad	Las precauciones universales para la necropsia humana y animal deben usarse como la protección personal (usando ropa protectora, respiradores N95, guantes, protectores faciales), en caso de animales el desecho de aves y animales muertos o muestras contaminadas y la desinfección de todos los elementos.

Manejo de los contactos	Investigación de personas asociadas al caso índice: se deberá realizar lo siguiente:
	Confeccionar la lista de estas personas expuestas.
	Citar para su evaluación individual
	Ordenar pruebas de laboratorio a los que se requieran
	Dependiendo de los resultados referir a atención especializada
	Los casos positivos deben ser manejados como caso nuevo.
	Investigar casos adicionales en personas, animales, reservorios y vectores,
Medidas internacionales	Rociar con insecticidas los aviones que provengan de zonas de prevalencia reconocida.
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>FIEBRES VIRICAS TRANSMITIDAS POR MOSQUITO Y CULICOIDES</b>
Código evento CIE	<b>A92.2</b>
Descripción clínica	Las manifestaciones clínicas de la infección vírica son similares a las de la influenza, con un cuadro de comienzo repentino, que incluye cefalalgia intensa, escalofríos, fiebre, mialgias, dolor retro orbital, náusea y vómitos. El único signo físico es la hiperemia conjuntival y faríngea. Casi todas las infecciones son relativamente leves y los síntomas duran de tres a cinco días. En muchos casos el curso febril es difásico; después de unos pocos días de fiebre, particularmente en los niños, pueden haber signos de afección del sistema nervioso central, que van desde la somnolencia hasta la encefalitis franca, con desorientación, convulsiones, parálisis, coma y muerte.
Agente causal	El virus de la encefalomiелitis equina venezolana (EEV), un alfavirus (Togaviridae, Alfavirus) con serotipos enzoóticos y variedades epizoóticas del subtipo 1.
Reservorio	Un ciclo roedor-mosquito hace que persistan los serotipos enzoóticos de la EEV. Se piensa que aparecen periódicamente variedades epizoóticas del subtipo 1, de virus enzoóticos de la EEV 1D en la región septentrional de América del Sur. En los brotes, los serotipos epizoóticos se transmiten por un ciclo en que intervienen caballos, que constituyen la fuente principal del virus para los mosquitos, que a su vez infectan a las personas. Estas también muestran viremia suficiente para constituirse en huéspedes, en un ciclo de transmisión humano-mosquito-humano.
Periodo de incubación	Suele ser de dos a seis días, pero incluso puede no exceder de un día.
Mecanismo de transmisión	Por la picadura de un mosquito infectado. Se han aislado virus de Encefalitis Equina Venezolana (EEV), de diversos géneros de mosquitos, que incluyen Culex (Melanoconion), Aedes, Mansonia, Psorophora, Haemagogus, Sabethes, Deinocerites y Anopheles, y quizás también intervengan jeñenes ceratopogónidos. Son comunes las infecciones en el laboratorio por transmisión por aerosoles; no hay prueba de transmisión directa de los caballos a los humanos. Las personas y los caballos afectados son infecciosos para los mosquitos durante 72 horas, por lo menos; los mosquitos infectados probablemente transmitan el virus durante toda su vida.
<b>Definición de caso</b>	

Sospechoso	Todo paciente con cuadro febril más cefalea o irritabilidad en los menores de edad, y uno o más de los siguientes signos o síntomas meníngeos, trastornos fluctuantes del estado de conciencia ó del comportamiento del individuo, convulsiones, temblores y en casos raros parálisis flácida aguda.
Confirmado	Todo caso sospechoso con detección del agente virus causal mediante pruebas de laboratorio (Aislamiento viral, pruebas moleculares, pruebas serológicas-ELISA, Neutralización por reducción en placa, Inmunohistoquímica).
Criterios de laboratorio	<p><b>Tomar dos veces muestras de laboratorio:</b>  Muestra Aguda (Menos de 5 días después de inicio de síntomas)  Muestra Convaleciente (más de 5 días después de inicio de síntomas).  Las muestras son las siguiente:  - Sangre en tubo de química para Suero (tapa roja)  - Líquido cefalorraquídeo en envase estéril  - En caso de muerte: tejido cerebral de menos de 24 h, conservado a 4°-8°C (no formaldehído, ni formalina, ni parafina, ni alcohol).  <b>Envío de Muestras:</b> - Respetando la Cadena de Frío (4°- 8°C), en menos de 24 h después de la toma de muestra. Se harán consideraciones especiales para los fines de semana.  - Enviar la muestra con el formulario de Notificación Individual de Eventos de Salud Pública con la información general y clínica completa (Signo y síntomas, Fecha de inicio, exámenes realizados, etc) y la información de contacto del médico o del Departamento de Epidemiología de la institución.</p>
<b>Notificación</b>	Del caso, brote o defunción, de manera individual inmediata y colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Caso: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones, SISVIG- VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: Formulario genérico de investigación individual de eventos de notificación obligatoria. Brote: Formulario para la Caracterización del Brote.

<p>Qué investigar?</p>	<p>Búsqueda activa de casos similares para su manejo clínico epidemiológico, fuentes de infección, identificar factores de riesgo  Investigación de personas asociadas al caso índice: se deberá realizar lo siguiente: Confeccionar la lista de estas personas expuestas, Citar para su evaluación individual, Ordenar pruebas de laboratorio a los que se requieran</p>
<p><b>Prevención y Control</b></p>	<p><b>Medidas de Prevención:</b> Existen algunas precauciones que individuos pueden tomar para reducir la exposición del virus en los hogares: Colocar telas metálicas en las ventanas y cerrar brechas en las casas donde puedan entrar los mosquitos. Usar pantalones largos y camisas de manga larga particularmente cuando se permanecerá fuera de las casas por períodos prolongados, particularmente cuando hay actividad de mosquitos. Minimizar actividades fuera de casa durante períodos crepusculares, período de mayor cantidad de picadas de mosquitos (amanecer y anochecer). Usar repelentes de insectos con hasta 35% del ingrediente activo DEET para adultos y de hasta 20% para niños. El uso de repelentes herbales o ultrasónicos no son efectivos contra la picada de mosquitos. Usar mosquiteros para cubrir el área donde duermen las personas, sobre todo niños y bebés Saneamiento básico del domicilio y peri domicilio. Eliminación de criaderos de mosquitos</p> <p><b>Medidas de Control:</b> La manera más eficaz y económica de controlar los mosquitos es mediante la reducción de fuentes larvarias. La experiencia indica que esto se hace mediante los programas de reducción de criaderos: Vigilar a las poblaciones de mosquitos e iniciar control antes que la transmisión de enfermedades a los seres humanos y animales domésticos ocurra. El control de las poblaciones de mosquitos adultos mediante la aplicación aérea de los insecticidas se reserva generalmente como un último recurso.</p>
<p>Aislamiento</p>	<p>El aislamiento del paciente por al menos 5 días después de inicio de la enfermedad, previene la diseminación de la misma.</p>
<p>Limpieza y desinfección</p>	<p>No Corresponde</p>
<p>Quimioprofilaxis</p>	<p>No corresponde</p>

Tratamiento	Los objetivos del tratamiento son brindarle al paciente cuidados complementarios (reposo, nutrición, líquidos) para ayudarlo a combatir la infección y aliviar los síntomas. A las personas con estados de confusión o delirio les puede servir la reorientación y el apoyo emocional.
	Los pacientes que presentan signos neurológicos deben ser evaluados por un especialista y requieren un monitoreo estrecho.
Vacunación	<b>No Corresponde</b>
Bioseguridad	Las precauciones universales para la necropsia humana y animal deben usarse como la protección personal (usando ropa protectora, respiradores N95, guantes, protectores faciales), en caso de animales el desecho de aves y animales muertos o muestras contaminadas y la desinfección de todos los elementos.
Manejo de los contactos	Investigación de personas asociadas al caso índice: se deberá realizar lo siguiente:
	Confeccionar la lista de estas personas expuestas.
	Citar para su evaluación individual
	Ordenar pruebas de laboratorio a los que se requieran
	Dependiendo de los resultados referir a atención especializada
	Los casos positivos deben ser manejados como caso nuevo.
	Investigar casos adicionales en personas, animales, reservorios y vectores,
Medidas internacionales	Rociar con insecticidas los aviones que provengan de zonas de prevalencia reconocida.
Otras	

EVENTO	ENFERMEDAD DE CHAGAS
Código evento CIE	<b>B57.0; B57.1; B57.2; B57.3; B57.4; B57.5; B57.S</b>
Descripción clínica	<p>La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una enfermedad parasitaria. La enfermedad de Chagas puede causar consecuencias irreversibles y crónicas en el sistema nervioso, el sistema digestivo y el corazón. El cuadro clínico puede clasificarse en tres fases: <b>Fase aguda:</b> Alta parasitemia, la manifestación febril puede persistir hasta por 12 semanas; se caracteriza por fiebre, hepato-esplenomegalia, adenopatías, miocarditis aguda, meningoencefalitis, Edema bipalpebral unilateral + adenopatía satélite, Chagoma.</p> <p><b>Fase latente:</b> Se consideran aquellas personas positivas en la serología que no presentan manifestaciones clínicas características de la enfermedad de Chagas y que no presentan alteraciones en el electrocardiograma y en la radiografía de tórax. Se inicia 8-10 semanas después de la infección aguda.</p> <p><b>Fase crónica:</b> La desarrollan un 20-30 % de los pacientes luego de un variable periodo de años (10-15 años) de haber adquirido la infección, se caracteriza por algunas manifestaciones orgánicas tales como: Afectación cardiaca, afectación del tubo digestivo</p>
Agente causal	<b>Protozoo Trypanosoma cruzi</b>
Reservorio	Los humanos y más de 100 especies de animales domésticos y salvajes, que incluyen perros, gatos, ratas, ratones y otros animales domésticos; además marsupiales, desdentados, roedores, quirópteros, carnívoros y primates. En Panamá el principal reservorio es la zarigüeya común (Didelphis marsupiales).
Periodo de incubación	<p>Aproximadamente de 5 a 14 días después de contaminación con las heces del vector.</p> <p>En los casos producidos por transfusión de sangre, de 30 a 40 días pudiendo llegar hasta 100 días.</p> <p>Las manifestaciones crónicas aparecen luego de años hasta décadas después de la infección.</p>
Mecanismo de transmisión	Se transmite por insectos hemípteros de la subfamilia Triatominae (chinchas o vinchucas). Se puede transmitir también por transfusiones de sangre, trasplante de órganos, verticalmente de madre a hijo a través de la placenta y por alimentos o bebidas contaminadas e ingeridas, entre otras.
<b>Definición de caso</b>	

Sospechoso	<p><b>Caso sospechoso de infección aguda:</b> Persona con fiebre prolongada (superior a 7 días) y una o más de las siguientes manifestaciones clínicas: Edema de cara o de miembros, exantema, adenomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, cardiopatía aguda, manifestaciones hemorrágicas, ictericia, signo de Romaña o Chagoma de inoculación.</p> <p><b>Caso sospecho de Chagas congénito:</b> Niño de hasta 1 año de edad, hijo de madre con serología positiva por Chagas y serología positiva persistente más allá de los 6 meses de vida.</p>
Confirmado	Todo caso sospechoso con: Parasitemia Positiva por metodología parasitológica directa o dos pruebas serológicas de principios activos diferentes positivos (ELISA, IFI, HAI, Western blot, etc.)
Criterios de laboratorio	<p><b>Criterio parasitológico para Chagas agudo:</b> T. Cruzi circulante en la sangre periférico identificado por examen parasitológico directo, con o sin identificación de cualquier signo o síntoma.</p> <p><b>Criterios serológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Serología Positiva con anticuerpos IgM anti T. cruzi</li> <li><input type="checkbox"/> Serología positiva con anticuerpos IgG anti T. cruzi con elevación en su concentración de al menos tres títulos en un intervalo mínimo de 21 días</li> <li><input type="checkbox"/> Seroconversión en muestras vinculadas con intervalo mínimo de 21 días, es decir, serología negativa en la primera muestra y positiva en la segunda, por cualquier método.</li> </ul>
<b>Notificación</b>	<p>Tipo de notificación: individual; periodicidad de la notificación: semanal</p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
Formulario para la notificación	Formulario para la notificación obligatoria individual de eventos de salud pública
<b>Investigación</b>	Para casos es mediata; en brote es Inmediata
Formulario para la investigación	Llenar formulario genérico
Qué investigar?	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Residente o visitante de área con ocurrencia de triatominos.</li> <li><input type="checkbox"/> Haya pasado recientemente por una transfusión de sangre o trasplante de órgano (donante o receptor)</li> <li><input type="checkbox"/> Sospecha de la ingestión de alimento contaminado por el T. cruzi</li> <li><input type="checkbox"/> Recién nacido de madre infectada (Transmisión congénita)</li> </ul>

	<input type="checkbox"/> Realizar investigación perifocal.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Se recomienda uso de mosquiteros
Limpieza y desinfección	Mantener la higiene en la vivienda y sus alrededores, colaborar con el rociado de insecticidas
Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	<p>Medicamentos con acción tripanocida: Benznidazol 100 mg y Nifurtimox 120 mg.</p> <p>Indicaciones de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Todos los casos en fase aguda de la enfermedad</li> <li><input type="checkbox"/> Infección congénita</li> <li><input type="checkbox"/> Pacientes menores de 18 años de edad en fase crónica independientemente de la forma clínica</li> <li><input type="checkbox"/> En los pacientes mayores de 18 años de edad asintomáticos o sin cardiopatías severas a criterio médico con consentimiento informado</li> <li><input type="checkbox"/> Pacientes en fase crónica con reactivación de la infección debido a terapia inmunosupresora (pacientes sometidos a trasplante) o por otras causas de inmunosupresión (VIH)</li> <li><input type="checkbox"/> Exposición accidental a material conteniendo formas vivas de T. cruzi.</li> </ul>
Vacunación	No existe
Bioseguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lavado de manos</li> <li><input type="checkbox"/> Utilización de guantes desechables, lentes, bata y otros en todo el proceso de toma de muestra y análisis de la misma</li> <li><input type="checkbox"/> Descartar lancetas, agujas, portaobjetos, tubos de vidrio y capilares en un envase rígido destinado para este fin</li> <li><input type="checkbox"/> Contar con hipoclorito del 5 al 10% para la descontaminación</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar triple embalaje para envío de muestras</li> </ul>
Manejo de los contactos	Toma de muestra a los contactos
Medidas internacionales	
Otras	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Apoyar el sistema de vigilancia microbiología</li> <li><input type="checkbox"/> Vigilar el tamizaje obligatorio para la donación de órganos y hemoderivados</li> </ul>

□ Coordinación permanente con el Instituto Conmemorativa Gorgas de estudios de la Salud, Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública y Bancos de sangre.

EVENTO	ENFERMEDAD POR HANTAVIRUS
Código evento CIE 10	A98.5, B33.4, U05.0, J12.8S,
Descripción clínica	<p>Zoonosis aguda que ocasiona dos síndromes similares, los cuales comparte entre sus manifestaciones pródomos febriles, trombocitopenia, leucocitosis y fuga capilar.</p> <p><b>Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal (FHSR)</b>- Caracterizada por la aparición repentina de fiebre, dolor lumbar, manifestaciones hemorrágicas de diversos grados y afección renal. El cuadro clínico comprende cinco fases que a menudo se superponen: febril, hipotensiva, oliguria, diurética y de convalecencia. La fase febril dura de tres a siete días, se caracteriza por fiebre alta, cefalea, malestar general, y anorexia, seguidos por dolor abdominal o lumbar intenso, a menudo acompañado de náuseas y vómito, rubor facial, petequias y congestión de conjuntivas. La mayoría de casos muestran hematócrito elevado, trombocitopenia y creatinina elevada. La fase hipotensiva dura desde varias horas hasta tres días se caracteriza por defervescencia y aparición de hipotensión que puede evolucionar al choque y manifestaciones hemorrágicas más evidentes. La fase de oliguria dura de tres a siete días pueden persistir las náuseas y vómito, puede presentarse hemorragias profusas y la diuresis disminuye en forma drástica. La letalidad varía entre 5% y 15% la mayoría de las defunciones se producen durante las fases hipotensiva y oliguria. La convalecencia dura varias semanas o meses.</p> <p><b>Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH)</b>-La infección por Hantavirus puede presentarse con un espectro clínico amplio, desde una infección inaparente o subclínica, manifestaciones leves o la expresión más grave, que es el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH). El SCPH es una enfermedad de elevada letalidad que evoluciona en tres fases: prodrómica, cardiopulmonar y convalecencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•<i>Fase prodrómica</i>: se extiende entre 1 y 6 días. Los síntomas son inespecíficos: fiebre, mialgias, cefalea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea y artralgiás. El hemograma es el examen de laboratorio más útil en esta etapa al evidenciar la trombocitopenia (recuento de plaquetas menores a 150.000 por mm<sup>3</sup>), leucocitosis, aparición de inmunoblastos y velocidad de eritrosedimentación (VES) normal o discretamente elevada. La radiografía de tórax usualmente es normal. Estos casos se clasifican como Fiebre por Hantavirus.</li> <li>•<i>Fase cardiopulmonar</i>: a la fase prodrómica le sigue la cardiopulmonar que puede extenderse entre 7 a 10 días y se caracteriza por la aparición brusca de tos, dificultad respiratoria (disnea) e inestabilidad hemodinámica (hipotensión) secundarios al compromiso de la permeabilidad capilar que afecta predominantemente al pulmón. La falla respiratoria y el compromiso circulatorio pueden evolucionar hacia la insuficiencia respiratoria severa y a un shock cardiogénico refractario, con desenlace fatal en aproximadamente un 18 - 30% de los pacientes.</li> <li>•<i>Fase de convalecencia</i>: los sujetos que sobreviven la fase de SCPH inician la fase de convalecencia que puede durar de 30 o más días; durante la cual se produce una recuperación</li> </ul>

	completa de la función pulmonar y hemodinámica en la mayoría de los casos. Aunque en algunos casos esta recuperación se puede extender por meses hasta años.
Agente causal	El agente etiológico es un virus ARN, envuelto, del género Hantavirus perteneciente a la familia Bunyaviridae. Se han identificado 300 virus en esta familia que infectan animales, plantas, humanos y artrópodos. Actualmente, se han identificado 23 tipos de Hantavirus que afectan al ser humano de los cuales seis (6) producen FHSR y diecisiete (17) SCPH. En nuestro país el virus Choclo es el agente responsable de la enfermedad.
Reservorio	Los reservorios naturales de los Hantavirus, son los roedores silvestres. En Panamá es el <i>Olygorizomys fulvescens</i> conocido como rata arrocera. En éstos, el virus ocasiona infección crónica persistente y asintomática.
Periodo de incubación	De 7 a 39 días en el SCPH y de 1 a 8 semanas para la FHSR. Sin embargo, éste es aún materia de investigación.
Mecanismo de transmisión	El modo de transmisión más importante para el humano es la inhalación de aerosoles provenientes de las heces, orina y saliva de roedores infectados. Otros mecanismos de infección menos frecuentes incluyen la inoculación del agente a través de mucosas (conjuntival, nasal o bucal) mediante el contacto de las manos contaminadas con el virus. Excepcionalmente, la infección puede adquirirse por ingestión de alimentos o agua contaminada con secreciones infectadas o por la mordedura del roedor. Diversos estudios han demostrado la transmisión entre humanos sólo para el virus Andes, correspondiendo a una situación de muy baja frecuencia y afectando principalmente a la pareja del caso índice. Sin embargo, en Panamá no se demostró que ocurriese este fenómeno. El período de mayor transmisibilidad ocurre durante la fase prodrómica y antes de la aparición de los síntomas de SCPH.
<b>Definición de caso</b>	<b>SCPH</b>
Sospechoso	Persona que presenta fiebre (temperatura > 38.5°C), mialgias, cefalea, acompañado o no de síntomas gastrointestinales, que, además, tiene el antecedente de actividades de riesgo o exposición a roedores silvestres aproximadamente de 1 a 6 semanas previas al inicio de los síntomas o que haya visitado o proceda de un área endémica de enfermedad por Hantavirus, y que presenta alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• trombocitopenia</li> <li>• hemoconcentración</li> <li>• radiografía de tórax con infiltrado intersticial uni o bilateral</li> <li>• persona previamente asintomática que presenta un cuadro de distress respiratorio (SDRA) sin causa que lo explique</li> <li>• cuadro respiratorio inexplicable, con resultado de muerte y autopsia que demuestra edema pulmonar no cardiogénico, sin una causa específica e identificable por laboratorio.</li> </ul>

Confirmado	Caso sospechoso que ha sido confirmado por el laboratorio autorizado por el MINSA o por el ICGES en que se demuestra infección aguda por Hantavirus (IgM positiva o PCR).
Criterios de laboratorio	<p>La confirmación del diagnóstico de laboratorio de infección por Hantavirus se hace mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Serología (5 ml en un tubo de serología a partir del quinto día de inicio de síntomas): detección de anticuerpos IgM e IgG específicos contra Hantavirus. La detección de IgM confirma un caso de infección por Hantavirus.</li> <li>•Reacción en Cadena de Polimerasa con Transcripción reversa (RT-PCR): detección de material genético viral en suero o en células infectadas presentes en coágulos (aún mejor) y tejidos (pulmón, hígado, riñón, bazo y cerebro) congelados (nunca usar formalina para este tipo de prueba). Sólo se reserva para casos sospechosos sin confirmación serológica o pacientes fallecidos con evolución menor de 24 horas. En un caso sospechoso, captado en las primeras 48 horas de la enfermedad, se podrán enviar muestras en tubo con EDTA de 3 ml y tubo de química de 7 ml al ICGES.</li> <li>•Inmunohistoquímica: detección de antígenos virales en células infectadas en tejido pulmonar. Esta técnica la realiza el CDC de Atlanta y se utiliza para casos de estudios retrospectivos donde sólo se disponga de tejidos fijados en formalina.</li> </ul>
<b>Notificación</b>	Obligatoria e inmediata. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria de Eventos
<b>Investigación</b>	Inmediatamente a partir de caso sospechoso por Equipo de Respuesta Rápida Multidisciplinario.
Formulario para la investigación	Formulario Genérico de Investigación Epidemiológica de Eventos
¿Qué investigar?	Antecedentes de exposición a roedores, residencia o visita a regiones endémicas, fuentes de infección, factores y actividades de riesgo; verificar criterios clínicos.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Ninguno
Limpieza y desinfección	Saneamiento básico, limpieza y desinfección húmeda de la vivienda o edificio involucrado, procediendo a eliminar todas las posibles fuentes de infección, sitios de anidamiento de roedores.
Quimioprofilaxis	Ninguna
Tratamiento	Sintomático según normas de atención.
Vacunación	Ninguna
Bioseguridad	Medidas estándares de bioseguridad para manejo de pacientes y para la investigación de campo medidas de protección estándar y respiratoria.
Manejo de los contactos	Evaluación de contactos y de las condiciones ambientales donde se sospecha exposición. Educación sobre los factores de riesgo, signos y síntomas de la enfermedad.
Medidas internacionales	Controlar el transporte de roedores que actúan como reservorios.

EVENTO	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
Código evento CIE	<b>N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.,9, N19, I10.x1, I10.x2, E10, E11, E66.9, E10.2, E11.2, E10.2, E11.2, I12.0, I13.1</b>
Descripción clínica	Alteración progresiva estructural o funcional del riñón, con o sin disminución de la Tasa de Filtración Glomerular, por un período mínimo de tres meses y que se manifiesta por anomalías patológicas, anomalías en la composición de la sangre u orina o de los estudios de imagen y una Tasa de Filtración Glomerular menor a 60 mL/min/1.73m <sup>2</sup> , con o sin daño renal.
Agente causal	Multifactorial: Factores no modificables: edad avanzada, sexo masculino, características genéticas, bajo peso al nacer, desnutrición durante el embarazo, disminución del número de nefronas. Factores modificables: Hipertensión Arterial descontrolada, Diabetes Mellitus descontrolada, Enfermedad Cardiovascular, Enfermedades Autoinmunes, litiasis renal, neoplasias, disminución de la masa renal, desnutrición, obesidad, hiperlipidemia, proteinuria, hipoalbuminemia, tabaquismo, trastornos obstructivos, reflujo urinario, infección recurrente del tracto urinario, uso prolongado de AINES. Factores no tradicionales: exposición ocupacional, exposición a compuestos agroquímicos activos, medicamentos nefrotóxicos, toxinas ambientales, infecciones de origen desconocido o dudoso.
Reservorio	El ser humano
Período de Incubación	Tres meses
Mecanismo de transmisión	No aplica
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	
Confirmado	Situación patológica en la que hay presencia de daño renal o lesión renal mayor o igual a tres meses; con o sin disminución de la Tasa de Filtración Glomerular en el momento del diagnóstico; con reducción progresiva de la Tasa de Filtración Glomerular; con presencia o no de otros indicadores de daño renal como alteraciones estructurales demostradas por medio de exámenes con imágenes o histología, o alteraciones en la composición de la sangre u orina.
<b>Criterios de laboratorio</b>	Filtración glomerular mayor o igual a 90 mL/min/1.73m <sup>2</sup> + daño renal asociado. Estadio 1
	Filtración glomerular de 89 a 60 mL/min/1.73m <sup>2</sup> + daño renal asociado. Estadio 2

	Filtración glomerular de 59 a 30 mL/min/1.73m <sup>2</sup> + daño renal asociado o no. Estadio 3
	Filtración glomerular de 29 a 15 mL/min/1.73m <sup>2</sup> + daño renal asociado o no. Estadio 4
	Filtración glomerular menor de 15 mL/min/1.73m <sup>2</sup> + daño renal o no. Estadio 5
	Índice de albuminuria/creatinina mayor de 30 mg/dL - micro albuminuria
	Índice de albuminuria/creatinina mayor de 300 mg/dL - macro albuminuria
Notificación	Es un evento de notificación obligatoria todo caso de Enfermedad Renal Crónica y las defunciones por esta causa. Se realizará por medio del registro del diagnóstico en el expediente clínico, ya sea físico o electrónico, acompañado de los datos requeridos para el análisis de forma oportuna. Se hará notificación estadística, a su vez, por medio de una base de datos en Excell con el llenado adecuado de las variables establecidas y que ya han sido homologadas por MINSA y CSS. Los casos de mortalidad por Enfermedad Renal Crónica se notificarán por medio del ingreso a VIGMOR de SISVIG utilizando los códigos asignados para la enfermedad.
Formulario para la notificación	No se llena formulario, puesto que la notificación se hace directamente al escribir el diagnóstico clínico y REGES recoge la información para la base de datos.
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	Formulario genérico de investigación de eventos de notificación obligatoria
Qué investigar?	Antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, historia familiar de enfermedad renal crónica, infección por VIH, infección por Hepatitis o relación con los factores de riesgo antes mencionados.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	No aplica
Limpieza y desinfección	No aplica
Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	Lo recomendado por Medicina Interna y Nefrología
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	No aplica
Manejo de los contactos	No aplica
Medidas internacionales	No aplica
Otras	Prevención de factores de riesgo y diagnóstico oportuno de la enfermedad

EVENTO	ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETAs)
<b>Código evento CIE</b>	A09.0, A09.9, A05.0, A05.1, A05.2, A05.3, A05.4, A05.8, A05.9
Descripción clínica	<p>Se conocen alrededor de 250 enfermedades transmitidas por alimentos, sin embargo, no se tienen datos exactos de su incidencia a nivel mundial.</p> <p>Los síntomas varían de acuerdo al tipo de contaminación y la cantidad del alimento contaminado consumido. Aunque los síntomas entéricos como la diarrea y vómitos dominan el cuadro clínico de las ETAs, también son posibles presentaciones más graves como shock séptico (<i>Salmonella</i>), insuficiencia renal por síndrome urémico hemolítico (<i>Escherichia coli</i> O157:H7) síndrome de Guillain-Barré (<i>Campylobacter</i>), meningitis o abortos espontáneos (<i>Listeria monocytogenes</i>).</p> <p>Existen, además, otros problemas provocados por los alimentos que no se consideran ETA, como las alergias que se manifiestan por consumo de mariscos y pescados, o leche.</p>
Agente causal	<p>Las ETA pueden ser de dos tipos:</p> <p><b>Infecciones alimentarias:</b> son las ETA producidas por la ingestión de alimentos y/o agua contaminados con agentes infecciosos tales como bacterias, virus, hongos, parásitos, que en el intestino pueden multiplicarse o invadir la pared intestinal y desde allí alcanzar otros aparatos o sistemas.</p> <p><b>Intoxicaciones alimentarias:</b> son las ETA producidas por la ingestión de toxinas formadas en tejidos de plantas o animales, o por sustancias químicas o sustancias radioactivas que se incorporan a los alimentos y /o agua de modo accidental, incidental o intencional en cualquier momento desde su producción hasta su consumo.</p>
Reservorio	Alimentos y agua contaminados
Periodo de incubación	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 30 minutos a 8 horas para enterotoxina estafilocócica de <i>Staphylococcus aureus</i>, 6 a 24 horas para enterotoxina de <i>Clostridium perfringens</i>, 1 a 16 horas enterotoxina de <i>Bacillus cereus</i>,</li> <li>· De 8 horas a 70 días para bacterias depende de agente etiológico</li> <li>· De 10 a 50 horas para virus depende de agente etiológico</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· De 1 día hasta 14 semanas depende del parásito.</li> <li>· De unos minutos a varios días para químicos dependiendo del agente.</li> </ul>
Mecanismo de transmisión	Ingestión de alimentos y agua contaminados
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p><b>ETA:</b> Síndrome generalmente agudo que puede caracterizarse por un cuadro digestivo, cutáneo o neurológico originado por la ingestión de alimentos y/o agua, que contengan agentes etiológicos en cantidad tal que afecten la salud del consumidor a nivel individual o grupo de población. Las alergias por hipersensibilidad individual a ciertos alimentos no se consideran ETA.</p> <p><b>Sospecha de brote de ETA:</b> 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.</p>
Confirmado	Casos sospechosos confirmados por laboratorio o por nexo epidemiológico.
Criterios de laboratorio	<p><b>Indicación de los exámenes de laboratorio:</b> La selección de los exámenes a partir de las muestras tomadas depende de la información obtenida a partir de encuesta epidemiológica, en particular síntomas predominantes, período de incubación y el alimento que presente la mayor diferencia en la tasa de ataque. Se deberán tener en cuenta otros aspectos epidemiológicos con relación a la presencia de agentes químicos o biológicos en ese medio.</p> <p><b>Alimentos:</b> Si existen restos de alimentos sospechosos, se hará una toma de muestras oficial de los mismos. En caso contrario, se recogerán muestras de las materias primas que se utilizaron en la preparación de dichos alimentos. En el caso de que no existieran restos ni de los alimentos sospechosos ni de las materias primas, se recogerán muestras orientativas de los alimentos existentes, con el criterio de que los métodos de manejo y preparación sean similares a los de los alimentos sospechosos. En todo caso, la toma de estas muestras dependerá de las hipótesis con las que se esté trabajando en cuanto al agente causal.</p>

<b>Notificación</b>	La notificación de la ETAs es individual e inmediata. (2 horas)
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR.
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas) en caso de brotes
Formulario para la investigación	Caso: <i>Formulario genérico de Investigación Individual de eventos de notificación obligatoria.</i> Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.
¿Qué investigar?	<p>Ante casos sospechosos, se debe iniciar la investigación por equipo multidisciplinario (equipo de respuesta rápida) dentro de las 24 horas.</p> <p>Antecedentes de consumo de alimentos y/o agua contaminados.</p> <p>Procedencia los alimentos y agua presuntamente involucrados</p> <p>Contactos, fuentes de agua y alimentos</p> <p>Prácticas de higiene y saneamiento, en los establecimientos de proceso, manipulación, conservación, expendio de alimentos.</p>
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Durante la enfermedad debe evitarse el contacto con las secreciones. Evitar que personas sintomáticas manipulen alimentos y atiendan niños y ancianos e inmunodeprimidos.
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente de las heces y de los artículos contaminados. Disposición adecuada de aguas negras. Manipulación higiénico-sanitaria de agua y alimentos para consumo.
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	Depende del agente involucrado.
Vacunación	No corresponde

Bioseguridad	<p>Buenas prácticas en la producción y manufactura de los alimentos.</p> <p>Es necesario una estrategia multidisciplinaria de prevención que incluya consumidores, prestadores de atención de salud, veterinarios organismos reguladores funcionarios de salud pública e industriales. Educación en materia de inocuidad de los alimentos; Educar consumidores para que no ingieran ciertos alimentos de alto riesgo huevos crudos, leche cruda yogur y quesos a base de leche cruda sin pasteurizar, jugos sin pasteurizar, carnes y aves crudas o poco cocidas; Educar sobre la inocuidad de alimentos y medidas sanitarias para la industria alimentaria. Educar a los pacientes sobre la prevención de las infecciones transmitidas por los alimentos.</p>
Manejo de los contactos	Practicar cultivos de heces en muestras fecales de los contactos que participan en la manipulación de alimentos.
Medidas internacionales	Exigir certificaciones sanitarias de alimentos procedentes otros países.
Otras	Práctica de las “ <b>reglas de oro</b> ” para la preparación higiénica de los alimentos, OMS.

EVENTO	INFECCIÓN MENINGOCÓCCICA ó MENINGOCOCCEMIA
Código evento CIE	A39.2 –A39.4
Descripción clínica	<p>La infección meningocócica o meningococcemia se caracteriza por manchas rojas o púrpuras en la piel y una infección grave puede causar un descenso de la presión arterial (choque), tendencia a sangrar e insuficiencia de muchos órganos como los riñones y el hígado.</p> <p>Más del 50% de las personas con infecciones graves mueren y de las que se recuperan entre un 10 y 20% presentan complicaciones graves como pérdidas de los dedos de las manos o de los pies.</p> <p>Los síndromes de meningococcemia fulminante son: el Síndrome de Waterhouse-Friderichsen (septicemia, choque profundo, púrpura cutánea, hemorragia adrenal) y la septicemia con insuficiencia multiorgánica el choque y la coagulación intravascular diseminada; una meningococcemia crónica, menos frecuente, causa síntomas leves recurrentes, sobretodo articulares y cutáneos.</p>
Agente Causal	<p>La bacteria <i>Neisseria meningitidis</i>.</p> <p>Se han identificado 12 serogrupos de <i>Neisseria meningitidis</i>, seis de los cuales (A, B, C, W, X, Y) pueden causar epidemias. La distribución geográfica y el potencial epidémico varían según el serogrupo.</p>
Reservorio	<p>Seres humanos.</p> <p>Se cree que un 10 a 20% de la población es portadora de <i>Neisseria meningitidis</i>, aunque la tasa de portadores puede ser más elevada en situaciones epidémicas.</p>
Periodo de incubación	<p>El periodo de incubación medio es de 4 días, pero puede oscilar entre 2 y 10 días.</p>
Mecanismo de transmisión	<p>Se transmite de persona a persona a través de gotículas de las secreciones respiratorias o de la garganta. La propagación de la enfermedad se ve facilitada por el contacto estrecho y prolongado (besos, estornudos, tos, dormitorios colectivos, vajillas y cubiertos compartidos) con una persona infectada especialmente si las personas viven en el mismo hogar. Hay personas que son portadoras faríngeas de la bacteria, que pueden superar las defensas del organismo y propagarse al cerebro a través del torrente sanguíneo.</p>
Definición de caso	

Sospechoso	Fiebre, escalofríos, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, confusión mental y descenso de la presión sanguínea, trastornos de la coagulación y presencia de erupciones con manchas rojas o púrpura clínica fulminante, las cuales hacen pensar en una infección meningocócica o meningococemia incluso sin manifestaciones neurológicas.
Confirmado	Un caso sospechoso con identificación de <i>Neisseria meningitidis</i> por aislamiento, serología o biología molecular.
Criterios de laboratorio	Cultivo positivo de la sangre, las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El examen microscópico con Tinción de Gram del frotis del material obtenido de las petequias puede demostrar la presencia de <i>Neisseria meningitidis</i> .
<b>Notificación</b>	Obligatoria e inmediata. A partir de caso sospechoso o rumor, por la vía más expedita a Epidemiología. Se notifica de manera individual, caso a caso, obligatoria e inmediata, además de colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG. Los brotes son de notificación e investigación inmediata.
Formulario para la notificación	<b>Individual:</b> Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública <b>Brote:</b> Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. <b>Defunciones:</b> Formulario de Notificación de Defunciones. <b>SISVIG.</b>
<b>Investigación</b>	A partir de caso sospechoso o rumor. La investigación es obligatoria e inmediata cuando se trata de un caso, de brote o defunción.
Formulario para la investigación	<b>Individual:</b> Formulario de Investigación Individual Genérico <b>Brote:</b> Formulario de Caracterización del brote.
Qué investigar?	Todo caso o rumor, especialmente en guarderías, cárceles, internados, campamentos, asilos, cuarteles, buques, barracas.  Los contactos y la fuente de infección. De contactos y de la fuente de infección. Búsqueda de sintomáticos en contactos menores de 6 años, especialmente los lactantes y fuente de infección, historia vacunal sobre todo si son menores de edad.
<b>Prevención y Control</b>	Prevención: Educación, evitar contacto directo y exposición a la infección por gotitas expulsadas de las vías respiratorias, vacunación.

Aislamiento	De tipo respiratorio durante 24 horas, después de haber iniciado la quimioterapia.
Limpieza y desinfección	Es concurrente de las secreciones nasofaríngeas y los objetos contaminados.
Quimioprofilaxis	Rifampicina 600mg dos veces/día durante dos días en adultos. Niños de 1 mes a 12 años de edad recibirán 10mg/kg de peso cada 12 hrs durante dos días; Niños menores de 1mes, 5mg/Kg de peso cada 12 hrs durante dos días. En el adulto puede darse ciprofloxacina de 500mg vía oral, dosis única, también ceftriaxona, dosis única IM de 250 mg en adultos; en niños menores de 15 años se deben aplicar 125 mgs, vía IM.
Tratamiento	La meningitis meningocócica puede ser mortal y debe considerarse siempre como una urgencia médica. Hay que ingresar al paciente a una instalación de salud. Iniciar inmediatamente ante la sospecha clínica luego de toma de muestras clínicas Medicamento de elección de acuerdo a protocolo de atención.
Vacunación	Ante brotes considerar vacunación en todos los grupos de edad afectados según cepa circulante (las vacunas de grupos A, B, C, W-135 ó Y).
Bioseguridad	Los trabajadores de la salud (cualquier tipo) deben utilizar las precauciones universales de contacto estándar (máscara, guantes y bata) para ayudar a prevenir la infección.
Manejo de los contactos	Quimioprofilaxis está indicada en la sospecha
Medidas internacionales	Aplicar el Anexo 2 del RSI -2005 para determinar si es un Evento de Salud Pública de Interés Internacional.
Otras	El personal de salud solo requiere quimioprofilaxis por contacto directo, ejemplo: reanimación boca a boca al paciente.

<p style="text-align: center;"><b>EVENTO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Código evento CIE</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>MENINGITIS POR <i>NEISSERIA MENINGITIDIS</i></b></p> <p style="text-align: center;"><b>A39.0 ; G00.1</b></p>
<p>Descripción clínica</p>	<p>La meningitis meningocócica es una forma invasora del sistema nervioso que se caracteriza por infección bacteriana grave de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal. Puede causar importantes daños cerebrales sordera o discapacidad de aprendizaje en un 10 a 20% y es mortal en el 50% de los casos no tratados, generalmente en las primeras 24 a 48 horas tras la aparición de los síntomas. Los síntomas más frecuentes son rigidez de nuca, fiebre elevada, foto sensibilidad, confusión, cefalea y vómitos.</p> <p>Otras formas invasoras, son las bacteriemias o septicemias que se conocen como meningococcemia o infección meningocócica (VER ESPECÍFICA).</p>
<p>Agente Causal</p>	<p>La bacteria <i>Neisseria meningitidis</i>.</p> <p>Se han identificado 12 serogrupos de <i>Neisseria meningitidis</i>, seis de los cuales (A, B, C, W, X, Y) pueden causar epidemias. La distribución geográfica y el potencial epidémico varían según el serogrupo.</p>
<p>Reservorio</p>	<p>Seres humanos.</p> <p>Se cree que un 10 a 20% de la población es portadora de <i>Neisseria meningitidis</i>, aunque la tasa de portadores puede ser más elevada en situaciones epidémicas.</p>
<p>Periodo de incubación</p>	<p>El periodo de incubación medio es de 4 días, pero puede oscilar entre 2 y 10 días.</p>
<p>Mecanismo de transmisión</p>	<p>Se transmite de persona a persona a través de gotículas de las secreciones respiratorias o de la garganta. La propagación de la enfermedad se ve facilitada por el contacto estrecho y prolongado (besos, estornudos, tos, dormitorios colectivos, vajillas y cubiertos compartidos) con una persona infectada especialmente si las personas viven en el mismo hogar. Hay personas que son portadoras faríngeas de la bacteria, que pueden superar las defensas del organismo y propagarse al cerebro a través del torrente sanguíneo.</p>
<p><b>Definición de caso</b></p>	

Sospechoso	Fiebre súbita (> 38.5 C.), rigidez de la nuca o cuello u otro síndrome meníngeo. En el lactante menor abombamiento de fontanelas.
Confirmado	Un caso sospechoso con identificación de <i>Neisseria meningitidis</i> por aislamiento, serología o biología molecular.
Criterios de laboratorio	A veces se puede observar la bacteria en el examen microscópico del LCR. El diagnóstico es respaldado o confirmado por el cultivo positivo del LCR, las pruebas de aglutinación o la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) e identificación de los serogrupos.
<b>Notificación</b>	A partir de caso sospechoso o rumor, por la vía más expedita a Epidemiología. Se notifica de manera individual, obligatoria e inmediata, además de colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG. Los brotes son de notificación e investigación inmediata.
Formulario para la notificación	<b>Individual:</b> Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública <b>Brote:</b> Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. <b>Defunciones:</b> Formulario de Notificación de Defunciones. <b>SISVIG.</b>
<b>Investigación</b>	A partir de caso sospechoso o rumor. La investigación es obligatoria e inmediata cuando se trata de un caso, de brote o defunción.
Formulario para la investigación	<b>Individual:</b> Formulario de Investigación Individual Genérico <b>Brote:</b> Formulario de Caracterización del brote.
Qué investigar?	Todo caso o rumor, especialmente en guarderías, cárceles, internados, campamentos, asilos, cuarteles, buques, barracas entre otros. Los contactos y la fuente de infección, búsqueda de sintomáticos en contactos especialmente los lactantes, historia vacunal.

	<p>Personas de alto riesgo: los no inmunizados, inmunosuprimidos, los hacinados, los esplenectomizados y viajeros a países en donde las infecciones meningocóccicas sean comunes.</p>
<b>Prevención y Control</b>	<p>Prevención: Educación, evitar contacto directo y exposición a la infección por gotitas expulsadas de las vías respiratorias, vacunación.</p>
Aislamiento	<p>De tipo respiratorio durante 24 horas, después de haber iniciado la quimioterapia.</p>
Limpieza y desinfección	<p>Es concurrente de las secreciones nasofaríngeas y los objetos contaminados.</p>
Quimioprofilaxis	<p>Rifampicina 600mg dos veces/día durante dos días en adultos.</p> <p>Niños de 1 mes a 12 años de edad recibirán 10mg/kg de peso cada 12 hrs durante dos días;</p> <p>Niños menores de 1mes, 5mg/Kg de peso cada 12 hrs durante dos días.</p> <p>En el adulto puede darse ciprofloxacina de 500mg vía oral, dosis única, también ceftriaxona, dosis única IM de 250 mg en adultos; en niños menores de 15 años se deben aplicar 125 mgs, vía IM.</p>
Tratamiento	<p>La meningitis meningocóccica puede ser mortal y debe considerarse siempre como una urgencia médica. Hay que ingresar al paciente a una instalación de salud.</p> <p>Iniciar inmediatamente ante la sospecha clínica luego de toma de muestras clínicas Medicamento de elección de acuerdo a protocolo de atención.</p>
Vacunación	<p>Ante brotes considerar vacunación en todos los grupos de edad afectados según cepa circulante (las vacunas de grupos A, B, C, W-135 ó Y).</p>

Bioseguridad	Los trabajadores de la salud (cualquier tipo) deben utilizar las precauciones universales de contacto estándar (máscara, guantes y bata) para ayudar a prevenir la infección.
Manejo de los contactos	Quimioprofilaxis está indicada en la sospecha
Medidas internacionales	Aplicar el Anexo 2 del RSI -2005 para determinar si es un Evento de Salud Pública de Interés Internacional.
Otras	El personal de salud solo requiere quimioprofilaxis por contacto directo, ejemplo: reanimación boca a boca al paciente.

EVENTO	FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA Y URBANA (CIE-10 A95.0 y A95.1)
Descripción clínica	Se trata de una enfermedad infecciosa viral aguda, que tiene una duración breve y gravedad variable. El cuadro clínico característico es de comienzo súbito y dura entre 3 a 4 días. Se manifiesta con fiebre, escalofríos, cefalea, dorsalgia, mialgias generalizadas, postración, náuseas y vómitos. Con el avance de la enfermedad se observa pulso más lento y débil, aunque la temperatura corporal sea elevada (signo de Faget). En algunos casos, al cuadro inicial puede sumarse ictericia de grado variable que puede acompañarse de oliguria, anuria, albuminuria y leucopenia. Cerca del 15% de los casos progresan hacia la denominada etapa de intoxicación, con síntomas de insuficiencia hepática y renal, con hematemesis, melena y otras manifestaciones hemorrágicas (epistaxis, otorragias, gingivorragias). La mitad de los pacientes que entran en la fase tóxica mueren en un plazo de 10 a 14 días, el resto se recupera sin lesiones orgánicas importantes.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<input type="checkbox"/> Procedente de área con riesgo de transmisión de FAS o con historia de casos: persona que presenta fiebre de inicio súbito sin foco aparente. <input type="checkbox"/> Procedente de otras áreas: persona que presenta fiebre de inicio súbito, seguido de ictericia o de síntomas hemorrágicos.
Confirmado	<input type="checkbox"/> Caso confirmado por laboratorio: todo caso sospechoso con pruebas de laboratorio confirmatorias <input type="checkbox"/> Caso confirmado por nexo epidemiológico: todo caso sospechoso que haya realizado la misma actividad de riesgo en el mismo periodo que un caso confirmado y durante un brote, todo caso sospechoso que viva en el área afectada por el brote.
Criterios de laboratorio	Aislamiento viral, IgM específica, IgG, PCR e histopatología hepática
<b>Notificación</b>	<b>INMEDIATA ( dentro de las dos primeras horas de conocido)</b>
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública. Las defunciones hospitalarias en el formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG.
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria e inmediata cuando se trata de un caso o defunción.
Formulario para la investigación	Formulario de Investigación Individual Genérico

¿Qué investigar?	Todo caso o brote sospechoso o confirmado. Antecedente vacunal en el caso y de los contactos, historia de viaje nacional o internacional, procedencia de áreas endémicas o epidémicas.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Evitar el contacto de vectores con el paciente hasta 5 días después del inicio de síntomas.
Limpieza y desinfección	Estrategias de Control vectorial
Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	Tratamiento médico sintomático de sostén
Vacunación	Vacunación a toda persona de 1 año de edad o mayor, excepto mujeres embarazadas, adultos mayores a los 60 años, alérgicos a la proteína del huevo o con enfermedad inmunológica.
Bioseguridad	Uso de mallas anti mosquitos, ropa clara que cubra la mayor parte del cuerpo y repelentes.
Manejo de los contactos	Inmunización de bloqueo de los contactos del paciente, que no hayan sido vacunados según la Norma, en caso de brotes evaluar inicio de vacunación en población de 6 meses o más de edad, además de embarazadas y mayores de 60 años según evaluación del riesgo
Medidas internacionales	Constituye una patología de notificación internacional según normativas del Reglamento Sanitario Internacional
Otras	Vigilancia activa y pasiva en primates no humanos.

EVENTO	FILARIASIS
Código evento CIE	<b>CIE 10 B74.0, 1, 2, 3 ,4 ,8 ,9.</b>
Descripción clínica	<p><b>La filariasis de Bancroft:</b> normalmente reside en los vasos linfáticos de las personas infectadas. Los gusanos hembra producen microfilarias que llegan a la corriente sanguínea de 6 a 12 meses después de la infección. La diversidad de las manifestaciones clínicas son asintomáticas y parasitológicamente negativas; personas asintomáticas, pero con microfilaremia; personas con fiebre recurrente aguda por filarias, linfadenitis y linfangitis retrógrada, con o sin microfilaremia; personas con signos crónicos que incluyen hidrocele, quiluria y elefantiasis de los miembros, mamas y genitales, cuya microfilaremia es muy pequeña o no detectable, y personas con el síndrome de eosinofilia pulmonar tropical, que se manifiesta por asma paroxística nocturna, neumopatía intersticial crónica, fiebre ligera, recurrente, eosinofilia profunda y microfilarias en degeneración en los tejidos, pero no en la corriente sanguínea (filariasis oculta).</p> <p><b>La filariasis por Brugia: (Filariasis malaya),</b> Las manifestaciones clínicas son semejantes a las de la filariasis de Bancroft, excepto que los ataques recurrentes y agudos de fiebre, adenitis y linfangitis retrógrada son más graves. <b>La filariasis por Brugia Timori:</b> las manifestaciones clínicas son similares a las de las infecciones por B. malayi, a menudo aparecen sin microfilarias demostrables en la circulación (filariasis oculta). En algunos de esos casos, la infección se manifestó por notable eosinofilia, a menudo asociada con síntomas pulmonares (síndrome de eosinofilia pulmonar tropical).</p>
Agente causal	<p>Filariasis de Bancroft es una infección causada por el nematodo <i>Wuchereria bancrofti</i></p> <p>Filariasis por <i>Brugia Malayi</i> es causada por los nematodos <i>Brugia malayi</i> y <i>B. timori</i>.</p> <p>Filariasis por <i>Brugia timori</i> vermes filiformes largos.</p>
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	Microfilarias en la sangre de 3 a 6 meses en el caso de <i>B. malayi</i> , y de 6 a 12 meses en las infecciones por <i>W. bancrofti</i> .

Mecanismo de transmisión	<p>Por la picadura de un mosquito que tiene larvas infectantes. <i>W. bancrofti</i> es transmitida por muchas especies, el más importantes son <i>Culex quinquefasciatus</i>, <i>Anopheles gambiae</i>, <i>An. Funestus</i>, <i>Aedes polynesiensis</i>, <i>Ae. Scapularis</i> y <i>Ae. Pseudoscutellaris</i>.</p> <p><i>B. malayi</i> es transmitida por varias especies de <i>Mansonia</i>, <i>Anopheles</i> y <i>Aedes</i>.</p> <p><i>B. timori</i> es transmitida por <i>An. Barbirostris</i>. En el mosquito hembra, las microfilarias ingeridas penetran en la pared estomacal, y en los músculos torácicos se transforman en larvas infectantes, filiformes, alargadas, que emigran a la probóscide. Cuando el mosquito succiona sangre, salen las larvas y penetran en la piel después de la picadura.</p>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p>Persona que viva o allá viajado a lugar endémico de filariasis y presente síntomas como fiebre recurrente aguda, engrosamiento de la piel y tejido subyacente en piernas, brazos, vulva, mamas y córnea además de síndrome de eosinofilia pulmonar tropical, que se manifiesta por asma paroxística nocturna, neumopatía intersticial crónica, con signos crónicos como hidrocele, linfangitis, quiluria, y elefantiasis.</p>
Confirmado	<p>Caso sospechoso que se le identifican las microfilarias en la sangre o en la piel</p>
Criterios de laboratorio	<p>Las microfilarias se detectan con facilidad durante los períodos de microfilaremia máxima. Las formas vivas pueden verse en una gota de sangre periférica, o en sangre hemolizada en una cámara de recuento. Los frotis de gota gruesa y delgada teñidos con Giemsa permiten identificar la especie. Las microfilarias pueden concentrarse por filtración con un filtro Nucleopore y por la técnica de Knott (sedimentación por centrifugación de 2 ml de sangre mezclada con 10 ml de formol al 2%), o por la técnica de capa leucocítica cuantitativa (QBC), con naranja de acridina y tubo de microhematócrito.</p>
<b>Notificación</b>	<p>Rutinaria, obligatoria individual y semanal.</p>
Formulario para la notificación	<p>Formulario de notificación individual y el formulario de notificación colectiva obligatoria de eventos de salud pública. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>

<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	Formulario genérico de investigación individual de eventos de notificación obligatoria.
Qué investigar?	Las fuentes de infección, los contactos, familiares, sospechosos y medio ambiente.
Prevención y Control	<p>1) Educar a los habitantes de zonas endémicas respecto al modo de transmisión y a los métodos de control de mosquitos.</p> <p>2) Identificar los vectores por detección de larvas infectantes de mosquitos atrapados con cebo humano; determinar los sitios y las horas en que pican los mosquitos y localizar sus criaderos. Si el mosquito pica de noche dentro de las viviendas, es necesario rociar las paredes interiores con un insecticida de acción residual, colocar malla metálica en las puertas y ventanas de las casas, o usar mosquiteros y repelentes contra insectos. Asimismo, se deben eliminar los lugares de reproducción tales como letrinas abiertas, neumáticos viejos, cáscaras de coco, o aplicarles larvicidas.</p> <p>3) El control a largo plazo puede comprender cambios en la construcción de las casas de modo que incluyan mallas metálicas, y control ambiental para eliminar los criaderos de mosquitos.</p>
Aislamiento	Hasta donde sea posible, hay que proteger de la picadura de los mosquitos a los pacientes con microfilaremia para aminorar la transmisión.
Limpieza y desinfección	No aplica
Quimioprofilaxis	Administrar una dosis anual combinada de dos medicamentos a toda la población en riesgo, de la manera siguiente: albendazol (400 mg) junto con ivermectina (150-200 mcg/kg) o con citrato de dietilcarbamazina (DEC) (6 mg/kg).

Tratamiento	<p>El tratamiento de la filariasis se hace con un antihelmíntico como Albendazol, que para conseguir la curación debe ser administrado simultáneamente con Ivermectina con dietilcarbamazina para eliminar las microfilarias o larvas, por lo general se tiene que repetir el tratamiento por intervalos anuales por la microfilaremia de poca intensidad que solo puede detectarse por técnicas de concentración y es tratada con dietilcarbamazina puede producir reacciones generalizadas agudas en las primeras 24 horas de su administración, causadas por la muerte y degeneración de las microfilarias; estas reacciones suelen controlarse por medio de aspirina, antihistamínicos o corticosteroides. Después de la muerte de los gusanos adultos pueden surgir linfadenitis y linfangitis localizadas. Los antibióticos administrados en las fases incipientes de la infección pueden evitar algunas de las secuelas linfáticas originadas por la infección bacteriana sobreañadida</p>
Vacunación	Ninguna
Bioseguridad	Utilización de guante por el personal de salud y personal de laboratorio.
Manejo de los contactos	<p>1-Notificación a la autoridad local de salud: se hará en zonas endémicas escogidas.</p> <p>2-Educación de los contactos y viajeros que se basa en evitar la picadura del insecto (vector), empleando repelentes e insecticidas, cubriéndose el cuerpo con ropa, protegiendo las casas con mallas metálicas y destruyendo, si es posible, las zonas de reproducción del insecto.</p> <p>3-Investigación de los contactos y de la fuente de infección: como parte de una medida colectiva</p>
Medidas internacionales	No aplica.
Otras	<p>En el año 2000, la OMS estableció el “Programa para la eliminación de las filariasis linfáticas”, cuyo objetivo era erradicar la enfermedad para el año 2020. El programa de la OMS tiene 2 objetivos fundamentales:</p> <p>a) la interrupción de la transmisión mediante la administración de medicamentos eficaces a toda la población en riesgo de padecer la enfermedad, conocida como administración de fármaco en masa, y por otro lado,</p>

b) la mejora de las condiciones y prevención de las complicaciones en los sujetos que ya padecen la enfermedad (fomentando la higiene de la piel en caso de linfedema, o facilitando la cirugía a los hombres con hidrocele).

<b>EVENTO</b>	<b>GRANULOMA INGUINAL</b>
Código evento CIE	<b>CIE-10 A.58</b>
Descripción clínica	Es una enfermedad infecciosa, inflamatoria crónica, usualmente ulcerativa, su localización frecuentemente es ano-genital, caracterizadas por granulomas de color rojo cárneo, no friables, que se extienden en sentido periférico, con los bordes enrollados que los distinguen, y la formación final de tejido fibroso. Asimismo, surgen más a menudo en las superficies cálidas y húmedas, como los pliegues entre los muslos, el área perianal, el escroto, o los labios mayores y la vagina. Se considera que no es estrictamente una enfermedad de transmisión sexual
Agente causal	<i>Klebsiella granulomatis</i> (bacilo gram negativo)
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	1 a 16 semanas
Mecanismo de transmisión	Probablemente por contacto directo con lesiones durante la actividad sexual, pero en varios estudios solo 20 a 65% de los compañeros sexuales se habían infectado, lo que sugiere que en algunos casos la transmisión no es sexual.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Persona con lesión tipo pápula que erosiona y forma una úlcera granulomatosa, indolora, de crecimiento lento, con tendencia a la cronicidad, sin adenopatía inguinal y que tengan prueba negativa por <i>H. ducreyi</i> u otro agente. Todo caso sospechoso con prueba confirmatoria de infección por <i>Klebsiella granulomatis</i> (frotis o biopsia de lesiones)
Confirmado	Todo caso sospechoso con prueba confirmatoria de infección por <i>Klebsiella granulomatis</i> , cuerpos de Donovan (frotis o biopsia de lesiones)
Criterios de laboratorio	Se basa en la demostración de los microorganismos cilíndricos intracitoplásmicos (cuerpos de Donovan) en frotis de tejido de granulación teñidos con colorantes de Wright o Giemsa, o por el estudio histológico de muestras de biopsia; como signo patognomónico, se advierten grandes células mononucleares infectadas llenas de cuerpos de Donovan teñidos intensamente.
<b>Notificación</b>	Colectiva, semanal, en caso de brote su notificación es inmediata.
Formulario para la notificación	Formulario de notificación colectiva de eventos de salud pública.
<b>Investigación</b>	En caso de brote y de forma mediata

Formulario para la investigación	Formulario de caracterización de brotes.
Qué investigar?	Los contactos y la fuente de infección
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	No aplica.
Limpieza y desinfección	Eliminación cuidadosa de los exudados de las lesiones y desinfección de los artículos contaminados.
Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	Tratamiento debe mantenerse hasta la resolución clínica de las lesiones y usualmente son empleados antibióticos como medicamentos eficaces se han señalado la eritromicina, el trimetoprima-sulfametoxazol y la doxiciclina, pero se han detectado cepas resistentes a ellos. El tratamiento se debe continuar durante tres semanas o hasta que las lesiones muestren resolución; la recurrencia no es rara, pero por lo común el cuadro cede después del segundo tratamiento, salvo que el paciente tenga algún cáncer. La aplicación intramuscular de una sola dosis de ceftriaxona o la ingestión de una dosis de ciprofloxacino, según señalamientos aislados, pueden ser eficaces.
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	<p>Garantizar las normas de asepsia y antisepsia en los establecimientos de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la limpieza de los exudados.</li> <li>• Promover el lavado de manos así como una meticulosa limpieza y manejo de cualquier objeto que pueda entrar en contacto con secreciones.</li> <li>• Realizar actividades de educación sanitaria a los enfermos y contactos en cuanto a evitar las relaciones sexuales sin condón y de esperar terminar el tratamiento y la espera de que cicatrización de las lesiones.</li> </ul>
Manejo de los contactos	Investigación de los contactos y de la fuente de infección: examen de los contactos sexuales.
Medidas internacionales	<u>No aplica</u>
Otras	Los programas educativos en zonas endémicas deben recalcar la importancia del diagnóstico y el tratamiento tempranos.

<b>EVENTO</b>	<b>Hepatitis A</b>
Código evento CIE	B15.0 y B15.9
Descripción clínica	La hepatitis A, es una infección vírica y hepática que da lugar tanto a un cuadro clínico agudo o una infección asintomática. El comienzo de la enfermedad sintomática suele ser con fiebre, malestar general, anorexia, náuseas y molestias abdominales seguidos de ictericia pocos días después. El cuadro clínico varía desde la forma leve que dura una o dos semanas, hasta una forma grave e incapacitante de varios meses de duración. La gravedad de la enfermedad aumenta con la edad. Las personas con hepatopatías crónicas tienen un riesgo elevado de morir por hepatitis A fulminante.
Agente causal	Virus de la hepatitis A (VHA).
Reservorio	Los seres humanos y en raras ocasiones los chimpancés y oreos primates no humanos.
Periodo de incubación	Por lo general es de 15 a 50 días, con un promedio de 28 a 30 días.
Mecanismo de transmisión	De persona a persona por vía fecal –oral.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Paciente que presente molestias abdominales, fiebre leve, anorexia, náuseas, ictericia.
Confirmado	Todo caso sospechoso cuya prueba de laboratorio es positiva para virus de la hepatitis A (IgM anti VHA).
Criterios de laboratorio	Pruebas serológicas para IgM después de 5 a 10 días de la exposición al virus.
<b>Notificación</b>	Es Individual, mediata, obligatoria, a la autoridad local de salud y epidemiólogo.  Individual y mediata. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Formulario de notificación individual
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	Formulario genérico de investigación
Qué investigar?	Los casos sospechosos, confirmados, los contactos, y de la fuente de infección se notifica a la autoridad locales de salud.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Precauciones de tipo entérico durante las dos primeras semanas del cuadro
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.

Quimioprofilaxis	<b>Inmunización de los contactos:</b> Vacunar cuanto antes con la vacuna contra hepatitis A.(menos de dos semanas de exposición) o después de la exposición aplicar inmunoglobulina contra la hepatitis A (IGHBA) si no ha recibido una dosis de vacuna contra la hepatitis A por lo menos un mes ante de la exposición.
Tratamiento	Ninguno específico
Vacunación	Según esquema de vacunación de país.
Bioseguridad	Desinfección concurrente con guantes: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes.
Manejo de los contactos	Administrar vacuna a contactos personales estrechos que incluyen los del núcleo familiar, sexuales, contactos en el contexto del uso de drogas, niños que asisten a guarderías infantiles si se reconocen casos, en un brote de origen común, manipuladores de alimento.
Medias Internacionales	Ninguna
Otras	

EVENTO	Hepatitis B
Código evento CIE	CIE-10 B16
Descripción clínica	La hepatitis B, es una infección vírica y hepática que da lugar tanto a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica. Cuando se presenta la enfermedad clínica, el comienzo suele ser insidioso, con anorexia, molestias abdominales vagas, fiebre leve o no presentarse, náusea y vómito, a veces artralgias y erupciones, cuadro que a menudo culmina en ictericia. La hepatitis B Constituye un importante problema de salud a nivel mundial. Puede causar hepatopatía crónica y conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer hepático.
Agente causal	Virus de la hepatitis B (VHB).
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	Por lo general es de 45 a 180 días, con un promedio de 60 a 90 días.
Mecanismo de transmisión	Por exposición percutánea (intravenosa, intramuscular, subcutánea, intradérmica y transfusiones contaminadas), perinatal (de la madre al hijo durante el parto); contacto sexual sin protección, través de semen y secreciones vaginales, y cualquier otro líquido corporal que contenga sangre; y tejidos y órganos no fijados.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p><b>Caso sospechoso de Hepatitis B Aguda:</b> Caso sospechoso confirmado por laboratorio con detección de HBsAg y anticuerpos HBcore IgM. Si un paciente presenta documentación de HBsAg negativo dentro de los 6 meses previos al test positivo no requiere presentación clínica aguda para la definición de caso.</p> <p><b>Caso sospechoso de Hepatitis B Crónica:</b> Toda persona con prueba positiva de HBsAg o diagnóstico de cirrosis hepática o hepatocarcinoma sin otra causa definida.</p> <p><b>Caso Sospechoso de Hepatitis B Oculta:</b> Paciente con hepatopatía crónica o antecedente de trasplante hepático receptores de donante con anticuerpo contra partícula core + o con hepatocarcinoma o con cirrosis criptogénica o con insuficiencia renal crónica o usuarios de drogas intravenosas (caso sospechoso de hepatitis aguda) que no presenta marcadores serológicos como antígeno de superficie de hepatitis B o elevación de transaminasas. Donante de sangre con antígeno de superficie negativo y anticuerpo contra la partícula core +</p>

<p>Confirmado</p>	<p><b>Caso confirmado Hepatitis B crónica:</b>  Criterios clínicos no se requieren.  Confirmado por criterios de laboratorio:  Detección de HBsAg en dos ocasiones con intervalo mínimo de 6 meses entre ellas.  ○  Detección del HBsAg y (anti HBc IgM negativo o anti-HBc total positivo)  ○  Detección del ácido nucleico del VHB en 2 ocasiones con intervalo mínimo de 6 meses entre ellas.</p> <p><b>Caso confirmado para Hepatitis B oculta</b>  Detección de ácido nucleico del VHB en sangre o en tejidos.</p> <p><b>Caso confirmado de Hepatitis B Resuelta</b>  Paciente con Hepatitis B aguda confirmada con ARN positivo VHB con posterior negativización del mismo.  Paciente con prueba serológica positiva confirmada por segunda metodología y prueba de ARN negativo.</p>
<p>Criterios de laboratorio</p>	<p>Laboratorios de investigación es posible contar con algunos métodos diagnósticos, tales como la demostración de antígenos o anticuerpos específicos, o ambos, en el suero. Se conocen tres sistemas de antígeno-anticuerpo clínicamente útiles en casos de hepatitis B: 1) antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg) y anticuerpos contra dicho antígeno (anti-HBs); 2) antígeno y anticuerpos centrales (HBcAg y anti-HBc), y 3) antígeno y anticuerpo e (HBeAg y antiHBe).</p>
<p><b>Notificación</b></p>	<p>Es Individual, mediata, obligatoria, a la autoridad local de salud y epidemiólogo.</p> <p>Es Individual, mediata, obligatoria, a la autoridad local de salud y epidemiólogo.  Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
<p>Formulario para la notificación</p>	<p>Formulario de notificación individual de eventos de salud pública.</p>
<p><b>Investigación</b></p>	
<p>Formulario para la investigación</p>	<p>Formulario genérico de investigación de eventos de notificación obligatoria.</p>
<p>Qué investigar?</p>	<p>Los casos sospechosos, confirmados, los contactos, y de la fuente de infección se notifica a la autoridad locales de salud.</p>
<p><b>Prevención y Control</b></p>	
<p>Aislamiento</p>	<p>Precauciones universales para evitar la exposición a sangre y líquidos corporales.</p>

Limpeza y desinfección	Desinfección concurrente: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes.
Quimioprofilaxis	<b>Inmunización de los contactos:</b> Después de la exposición incluyen inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) y vacuna contra la hepatitis B. Lo más pronto posible después de la exposición al virus patógeno.
Tratamiento	La OMS recomienda la administración de tratamientos orales (tenofovir o entecavir) porque son los fármacos más potentes para suprimir el virus de la hepatitis B. Rara vez desembocan en farmacoresistencia, son fáciles de tomar (1 pastilla al día) y tienen pocos efectos secundarios.
Vacunación	La vacuna contra la hepatitis B es el principal pilar de la prevención de esa enfermedad tres dosis de la vacuna; la primera (monovalente) al nacer, y las dos subsiguientes (monovalentes o combinadas) al mismo tiempo que las dosis primera y tercera de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DTP); o cuatro dosis de la vacuna; la primera (monovalente) al nacer, y las tres subsiguientes (monovalentes o combinadas).
Bioseguridad	Desinfección concurrente con guantes: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes.
Manejo de los contactos	<p><b>a) Los niños que nacen de madres HBsAg-positivas</b> deben recibir una dosis de IGHB (0,5 ml por vía intramuscular) y la vacuna en las primeras 12 horas del nacimiento. La primera dosis de la vacuna debe aplicarse junto con la de IGHB al nacer, pero en localización distinta. La segunda y tercera dosis de la vacuna (sin IGHB) se aplica uno a dos meses y seis meses más tarde. Se recomienda buscar HBsAg y anti-HBs en el HEPATITIS B 338 / niño entre los 9 y los 15 meses de edad, para conocer los buenos resultados o el fracaso del tratamiento.</p> <p><b>b) Después de la exposición percutánea</b> (como sería el caso de un pinchazo de aguja), o de mucosas, a sangre que contenga HBsAg o que pueda contener dicho antígeno,</p> <p><b>En individuos que no han sido inmunizados y que están expuestos a sangre de una fuente con positividad del HBsAg,</b> debe administrarse lo antes posible, pero por lo menos en el término de 24 horas después de la exposición de alto riesgo al pinchazo de aguja, una sola dosis de IGHB (0,06 ml por kg de peso o 5 ml para adultos) y habrá que emprender la serie de las vacunas contra la hepatitis B. Si no es factible la inmunización activa, habrá que aplicar una segunda dosis de IGHB un mes después de la primera.</p>

	<p><b>En el caso de individuos inmunizados y expuestos a una fuente con positividad del antígeno superficial de HB, no se necesita la profilaxis después de la exposición en quienes han mostrado una respuesta de anticuerpos protectores a la inmunización (título de anti-HBs de 10 milis UI/ml o más). En el caso de individuos en los que se desconoce la respuesta a la inmunización, debe administrarse vacuna contra la hepatitis B, IGHB o ambas.</b></p> <p><b>c) Después de la exposición sexual a una persona con infección aguda por el VHB, se recomienda administrar una sola dosis de IGHB (0,06 ml/kg), si es posible dentro de los 14 días del último contacto sexual. Deberá HEPATITIS B / 339 administrarse la vacuna a todas las personas que hayan tenido contacto sexual con casos agudos y crónicos de infección por el VHB.</b></p>
Medidas internacionales	No aplica
Otras	<p>Con el fin de ayudar a los países a lograr los objetivos mundiales relativos a las hepatitis víricas en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la OMS está trabajando en las siguientes esferas: sensibilización, promoción de alianzas y movilización de recursos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Formulación de políticas basadas pruebas científicas y datos para la acción;</li> <li><input type="checkbox"/> Prevención de la transmisión;</li> <li><input type="checkbox"/> Ampliación de los servicios de detección, atención y tratamiento.</li> </ul> <p>Además, el 28 de julio de cada año, la OMS conmemora el Día Mundial contra la Hepatitis, con el fin de acrecentar la sensibilización y el conocimiento de la hepatitis viral.</p>

EVENTO	HEPATITIS C
Código evento CIE	CIE-10 B17.1
Descripción clínica	El comienzo suele ser insidioso, con anorexia, molestias abdominales vagas, náusea y vómito, cuadro que evoluciona a la ictericia con menor frecuencia que en el caso de la hepatitis B. La infección inicial puede ser asintomática (más de 90% de los casos), o con manifestaciones leves, pero un elevado porcentaje de enfermos (entre 50 y 80%) terminarán por mostrar infección crónica. De estos últimos, alrededor de la mitad al final presentará cirrosis o cáncer del hígado.
Agente causal	El virus de la hepatitis C (VHC)
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	Oscila de dos semanas a seis meses, pero por lo común es de seis a nueve semanas. La infección crónica puede persistir incluso 20 años antes del comienzo de la cirrosis o del hepatoma.
Mecanismo de transmisión	El virus de la hepatitis C se transmite principalmente por vía parenteral. Se ha corroborado que también se transmite por contacto sexual, pero es un mecanismo menos eficiente o frecuente que la vía parenteral.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Paciente que presente molestias abdominales vagas, vómitos, anorexia, náuseas, ictericia frecuentemente.
Confirmado	Todo caso sospechoso cuya prueba de laboratorio es positiva para la presencia de anticuerpo contra el virus de la hepatitis C (anti-VHC).
Criterios de laboratorio	<p>Tiene 2 fases:</p> <p>1-La detección de anticuerpos anti-VHC con una prueba serológica revela la infección.</p> <p>2- Si los anticuerpos anti-VHC son positivos, para confirmar la infección crónica se necesita una prueba que detecte el ácido ribonucleico (RNA) del virus. Se deberá evaluar el grado de daño hepático (fibrosis o cirrosis). Esto puede hacerse por biopsia hepática o por diversas pruebas no invasivas. Además, se debería realizar una prueba de laboratorio para identificar el genotipo del virus. Hay seis genotipos del VHC, y su respuesta al tratamiento es diferente.</p>
<b>Notificación</b>	<p>Es Individual, mediata, obligatoria, a la autoridad local de salud y epidemiólogos.</p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
Formulario para la notificación	Formulario de notificación individual
<b>Investigación</b>	

Formulario para la investigación	Formulario genérico de investigación
Qué investigar?	Los casos sospechosos, confirmados, los contactos, y de la fuente de infección
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Precauciones universales para evitar la exposición a sangre y líquidos corporales.
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes.
Quimioprofilaxis	Inmunoglobulina después de la exposición no es eficaz para evitar la infección. La administración de interferón alfa tiene un efecto beneficioso global en aproximadamente 25% de los casos de hepatitis C crónica.
Tratamiento	La hepatitis C no siempre requiere tratamiento, porque en algunas personas la respuesta inmunitaria eliminará la infección espontáneamente. El tratamiento de la hepatitis C está cambiando rápidamente. El sofosbuvir, el daclatasvir y la combinación de sofosbuvir/ledipasvir forman parte de los tratamientos preferidos en las directrices de la OMS, y pueden lograr tasas de curación superiores al 95%. El tratamiento con antiviricos de acción directa (AAD) puede curar a la mayoría de las personas infectadas por el VHC y es más breve (normalmente 12 semanas). La OMS está actualizando sus directrices terapéuticas para incluir los tratamientos con AAD pangenotípicos y simplificar el monitoreo de laboratorio
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	Desinfección concurrente con guantes: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes.
Manejo de los contactos	<p>Como no hay vacunas para prevenir la infección por el VHC, la prevención depende de la reducción del riesgo de exposición al virus en el entorno sanitario, en los grupos de población de alto riesgo, como los consumidores de drogas inyectables, y en los contactos sexuales.</p> <p>A continuación se enumeran algunos ejemplos de intervenciones de prevención primaria recomendadas por la OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Higiene de las manos, incluida la preparación de las manos para la cirugía, el lavado de las manos y el uso de guantes;</li> <li><input type="checkbox"/> Uso seguro y apropiado de las inyecciones en la atención sanitaria;</li> <li><input type="checkbox"/> Manipulación y eliminación segura de objetos afilados y desechos;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prestación de servicios integrales de reducción de daños a los consumidores de drogas inyectables, por ejemplo proporcionando material de inyección estéril;</li> <li><input type="checkbox"/> Análisis de la sangre donada para detectar las hepatitis B y C (así como el VIH y la sífilis);</li> <li><input type="checkbox"/> Capacitación del personal sanitario; y</li> <li><input type="checkbox"/> Promoción sobre el uso correcto y sistemático de preservativos.</li> </ul> <p>seguimiento</p>
Medidas internacionales	<p>En mayo de 2016, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la primera <i>Estrategia mundial del sector de la salud contra la hepatitis vírica, 2016-2021</i>, que destaca la función crucial de la cobertura sanitaria universal y cuyas metas están alineadas con las de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El objetivo final es eliminar las hepatitis víricas como problema de salud pública, y las metas consisten en reducir los casos incidentes en un 90% y la mortalidad en un 65% de aquí a 2030. La estrategia también define las medidas que han de adoptar los países y la Secretaría de la OMS para alcanzar dichas metas.</p>
Otras	<p>El 28 de julio de cada año, la OMS conmemora el Día Mundial contra la Hepatitis, con el fin de acrecentar la sensibilización y el conocimiento sobre las hepatitis víricas.</p>

<b>EVENTO</b>	<b>HEPATITIS D</b>
Código evento CIE	<b>CIE-10- B 17.0</b>
Descripción clínica	El comienzo suele ser repentino, con signos y síntomas que se asemejan a los de la hepatitis B; la hepatitis puede ser intensa y casi siempre coexiste con una infección por el virus de la hepatitis B. La hepatitis delta puede ceder por sí sola (ser autorremittente) o evolucionar hasta volverse crónica. Los niños pueden tener una evolución clínica particularmente grave que por lo común culmina en hepatitis activa crónica. Los virus de la hepatitis delta (VHD) y de la hepatitis B (VHB) pueden producir infección concomitante, o la infección por el virus delta puede presentarse en personas con infección crónica por el VHB (infección sobreañadida). En este último caso, la hepatitis delta a veces se diagnostica erróneamente como exacerbación de la hepatitis B crónica. En varios estudios realizados en Europa y en los Estados Unidos, 25 a 50% de los casos de hepatitis fulminante que se pensaba eran causados por el VHB resultaron ser casos de infección concurrente con el VHD.
Agente causal	Virus de la hepatitis D (VHD). Que consiste en una capa de HBsAg.
Reservorio	Los seres humanos.
Periodo de incubación	Aproximadamente de dos a ocho semanas.
Mecanismo de transmisión	Semejante al del VHB, que incluye la exposición a sangre y líquidos serosos corporales, agujas, jeringas y hemoderivados contaminados, como el factor anti hemofílico, y por transmisión sexual.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Paciente que presente molestias abdominales, fiebre leve, anorexia, náuseas, ictericia, Con resultados positivo para anti-HBC IgM con la presencia o no de HBsAg.
Confirmado	Todo caso sospechoso cuya prueba de laboratorio es positiva para anticuerpo total contra el VHD (anti-VHD). El diagnóstico se hace por la detección de anticuerpo total contra el VHD (anti-VHD) por radioinmunoensayo o enzimoimmunoanálisis (EIA). La positividad del título de IgM denota réplica incesante; la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa es el método más sensible para detectar la viremia por el VHD
Criterios de laboratorio	
<b>Notificación</b>	Es Individual, mediata, obligatoria, a la autoridad local de salud y epidemiólogo.
Formulario para la notificación	Formulario de notificación individual de eventos de salud pública.
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	Formulario genérico de investigación de eventos de notificación obligatoria.
¿Qué investigar?	Los casos sospechosos, confirmados, los contactos, y de la fuente de infección se notifica a la autoridad locales de salud.

## Prevención y Control

Aislamiento

Limpieza y desinfección

Quimioprofilaxis

Tratamiento

Vacunación

Bioseguridad

Manejo de los contactos

La educación a la población y capacitación del personal de salud. Evitar la exposición a cualquier fuente posible del virus delta, junto con la prevención de la infección por el VHB con la vacuna contra la hepatitis B evitará la infección por el VHD.

Precauciones universales para evitar la exposición a sangre y líquidos corporales.

Desinfección concurrente: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes.

Inmunización de los contactos después de la exposición, incluyen inmunización contra la hepatitis B (IGHB) y vacuna contra la hepatitis B. por medio de lo cual se logra evitar de la aparición de la hepatitis VHD. Hoy en día el único tratamiento aprobado para la hepatitis delta es el interferón pegilado alfa, aunque muy rara vez es capaz de erradicar la infección y es frecuente que aparezcan recaídas al suspender el tratamiento. Sin embargo, la lesión hepática puede mejorar y favorecer una mejor evolución de la enfermedad

No aplica

Desinfección concurrente con guantes: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes

Se manejan igual que los de Hepatitis B

a) Los niños que nacen de madres HBsAg-positivas deben recibir una dosis de IGHB (0,5 ml por vía intramuscular) y la vacuna en las primeras 12 horas del nacimiento. La primera dosis de la vacuna debe aplicarse junto con la de IGHB al nacer, pero en localización distinta. La segunda y tercera dosis de la vacuna (sin IGHB) se aplica uno a dos meses y seis meses más tarde. Se recomienda buscar HBsAg y anti-HBs en el niño entre los 9 y los 15 meses de edad, para conocer los buenos resultados o el fracaso del tratamiento.

b) Después de la exposición percutánea (como sería el caso de un pinchazo de aguja), o de mucosas, a sangre que contenga HBsAg o que pueda contener dicho antígeno,

En individuos que no han sido inmunizados y que están expuestos a sangre de una fuente con positividad del HBsAg, debe administrarse lo antes posible, pero por lo menos en el término de 24 horas después de la exposición de alto riesgo al pinchazo de aguja, una sola dosis de IGHB (0,06 ml por kg de peso o 5 ml para adultos) y habrá que emprender la serie de las vacunas contra la hepatitis B. Si no es factible la inmunización activa, habrá que aplicar una segunda dosis de IGHB un mes después de la primera.

	<p>En el caso de individuos inmunizados y expuestos a una fuente con positividad del antígeno superficial de HB, no se necesita la profilaxis después de la exposición en quienes han mostrado una respuesta de anticuerpos protectores a la inmunización (título de anti-HBs de 10 milis UI/ml o más). En el caso de individuos en los que se desconoce la respuesta a la inmunización, debe administrarse vacuna contra la hepatitis B, IGHB o ambas.</p> <p>c) Después de la exposición sexual a una persona con infección aguda por el VHB, se recomienda administrar una sola dosis de IGHB (0,06 ml/kg), si es posible dentro de los 14 días del último contacto sexual. Deberá administrarse la vacuna a todas las personas que hayan tenido contacto sexual con casos agudos y crónicos de infección por el VHB.</p>
Medidas internacionales	<p>No aplica/</p> <p>Con el fin de ayudar a los países a lograr los objetivos mundiales relativos a las hepatitis víricas en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la OMS está trabajando en las siguientes esferas: sensibilización, promoción de alianzas y movilización de recursos; ampliación de los servicios de detección, atención y tratamiento. Además, el 28 de julio de cada año, la OMS conmemora el Día Mundial contra la Hepatitis, con el fin de acrecentar la sensibilización y el conocimiento de la hepatitis viral.</p>
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>Hepatitis E</b>
Código evento CIE	<b>CIE-10 B17.2</b>
Descripción clínica	El virus de la hepatitis E se clasificó originalmente en la familia Caliciviridae, pero más recientemente ha sido clasificado como un virus ARN de sentido positivo de clase IV perteneciente al género Hepevirus, único miembro de la familia Hepeviridae. Cuando se presenta la enfermedad clínica, el comienzo suele ser insidioso, con anorexia, molestias abdominales vagas, náusea y vómito, a veces artralgias y erupciones, cuadro que a menudo culmina en ictericia. La fiebre puede ser leve o no presentarse. No hay pruebas de que exista una forma crónica. La tasa de letalidad es semejante a la de la hepatitis A, excepto en las embarazadas, en las que dicha tasa puede llegar a 20% cuando la infección se produce en el tercer trimestre del embarazo. Su proceso de curación es espontáneo.
Agente causal	El virus de la hepatitis E (VHE)
Reservorio	El VHE es transmisible a chimpancés, macacos cinomolgus, tamarines y cerdos.
Periodo de incubación	De 15 a 64 días la media del periodo de incubación es de 26 – 42.
Mecanismo de transmisión	El VHE se transmite sobre todo por la vía fecal-oral; el vehículo de transmisión probado más frecuentemente es el agua potable contaminada con heces. La transmisión tal vez también se produzca de una persona a otra por la vía fecal-oral, aunque no son comunes durante los brotes los casos secundarios dentro de familias.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Persona que presente molestias abdominales, fiebre leve, anorexia, náuseas, acompañado de ictericias y/o coluria.
Confirmado	Caso sospechoso con prueba de laboratorio positiva para algunos de los agentes etiológico conocidos o nexos con casos confirmados en especial la H-A Y H-E
Criterios de laboratorio	laboratorios de investigación es posible contar con algunos métodos diagnósticos, tales como enzimoimmunoensayos y métodos de mancha Western para detectar anticuerpos de tipo IgM e IgG contra el VHE en el suero; pruebas de reacción en cadena de la polimerasa para detectar ARN del virus mencionado en el suero y las heces, y métodos de bloqueo de anticuerpos inmunofluorescentes para detectar anticuerpos contra antígeno del VHE en el suero y el hígado
<b>Notificación</b>	Notificación obligatoria rutinaria, individual, mediata; Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.

Formulario para la notificación	Formulario de notificación individual de eventos de salud pública.
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	Formulario genérico de investigación de eventos de notificación obligatoria.
Qué investigar?	Al paciente y los contactos además el ambiente inmediato: Notificación a la autoridad local de salud, Aislamiento y Desinfección concurrente.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Ninguno
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente
Quimioprofilaxis	No
Tratamiento	Ninguno
Vacunación	Ninguno ( inmunoglobulina no eficaz)
Bioseguridad	<p>Garantizar las normas de asepsia y antisepsia en los establecimientos de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la higiene de las pacientes.</li> <li>• Promover el lavado de manos</li> <li>• Realizar actividades de educación sanitaria a los enfermos y contactos en cuanto a las medidas higiénicas.</li> </ul>
Manejo de los contactos	Control del paciente, de los contactos, fuente de la infección y del ambiente inmediato
Medidas internacionales	Medidas preventivas: programas de educación para insistir en la eliminación sanitaria de las heces y el lavado cuidadoso de las manos después de la defecación y antes de manipular alimentos; cumplir las medidas básicas para evitar la transmisión fecal-oral que se incluyen bajo Fiebre tifoidea. Es poco probable que la inmunoglobulina preparada con el suero de donantes en los Estados Unidos o en Europa proteja contra la hepatitis E.
Otras	
Limpieza y desinfección	Eliminación sanitaria de heces.
Quimioprofilaxis	No aplica.
Tratamiento	<p><b>Disentería amebiana.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de una amebiasis intestinal confirmada por un examen parasitológico:</li> </ul> <p><b>Tinidazol VO</b>  Niños: 50 mg/kg/día en una toma durante 3 días (sin sobrepasar los 2 g/día)  Adultos: 2 g/día en una toma durante 3 días</p> <p><b>Metronidazol VO</b>  Niños: 45 mg/kg/día divididos en 3 tomas durante de 5 días  Adultos: 1,5 g/día dividido en 3 tomas durante de 5 días</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sales de rehidratación oral (<b>SRO</b>) si se observan signos de deshidratación (seguir el protocolo de la OMS).</li> </ul> <p><b>Absceso amebiano del hígado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tinidazol</b> VO: mismo tratamiento durante 5 días</li> <li>• <b>Metronidazol</b> VO: mismo tratamiento durante 5 a 10 días</li> </ul>
Vacunación	Ninguna
Bioseguridad	Utilización de guante por el personal de salud y personal de laboratorio.
Manejo de los contactos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Estudio microscópico de las heces de contactos familiares y otros sospechosos.</li> <li>2) el saneamiento básico (provisión del agua segura y eliminación sanitaria de excreta).</li> <li>3) la educación para la salud (hábitos higiénicos, manejo higiénico de los alimentos). La cloración del agua en la forma en que suele practicarse en las plantas de tratamiento públicas no siempre destruye los quistes; las cantidades pequeñas de agua, como las contenidas en cantimploras o bolsas de Lyster, se protegen mejor con las concentraciones recomendadas de yodo, ya sea en solución (ocho gotas de tintura de yodo al 2% por litro de agua, o 12,5 ml de una solución saturada de cristales de yodo, por litro de agua) o en tabletas para purificar agua (una tableta de hiperyoduro de tetraglicina, Globalina, por litro de agua). Es importante dejar que transcurra un período de contacto de 10 minutos como mínimo (30 minutos si el agua está fría) antes de beber</li> <li>4) Tratar a los portadores identificados y recalcarles la necesidad de que se laven perfectamente las manos después de defecar, para evitar la reinfección proveniente de un miembro infectado del hogar.</li> <li>5) Educación de grupos de alto riesgo para que eviten prácticas sexuales que pudieran permitir la transmisión fecal-oral.</li> <li>6) Supervisión, por parte de los organismos de salud, de las prácticas sanitarias de las personas que preparan y sirven alimentos en sitios públicos, y de la limpieza general de los locales. El examen sistemático de las personas que manipulan alimentos como medida de control es poco práctico.</li> </ol>
Medidas internacionales	En 2001, este organismo de la ONU fijó la meta de proporcionar tratamiento sistemático mundial a un 75% de los menores en edad escolar, como objetivo para 2010. , además la OMS recomienda mejorar el acceso al tratamiento con medicamentos seguros y eficaces se aseguró la completa expulsión del gusanos.
Otras	Las medidas preventivas se deben basar en la educación de la población en general en materia de higiene personal, en particular la eliminación sanitaria de las heces y el lavado de las manos

EVENTO	HERPES GENITAL.
Código evento CIE	CIE- 10 A60,0,1,9
Descripción clínica	<p>Se presenta en infecciones primarias y recurrentes, con síntomas o sin ellos. En las mujeres, los sitios principales de la enfermedad primaria son el cuello uterino y la vulva; la enfermedad recurrente por lo general abarca la vulva, la piel perineal, las piernas y los glúteos. En los hombres, las lesiones aparecen en el glande o en el prepucio, y en el ano y el recto, quienes practican relaciones sexuales anales. En ambos sexos, la infección puede afectar otros sitios anales o perineales, así como la boca, según las prácticas sexuales de los individuos. El herpes simple es una infección vírica caracterizada por una lesión primaria localizada, un período de latencia y una tendencia a reaparecer en forma localizada. Los dos agentes etiológicos por lo general producen síndromes clínicos distintos, según la vía de entrada. Ambos pueden infectar el aparato genital o la mucosa de la boca. La infección primaria con el VHS tipo 1 puede ser leve y no manifiesta, y producirse en la niñez temprana.</p>
Agente causal	<p>Virus del herpes simple (VHS) tipos 1 y 2 de la familia Herpesviridae, subfamilia Alphaherpesvirinae.</p>
Reservorio	<p>Los seres humanos.</p>
Periodo de incubación	<p>De 2 a 12 días.</p>
Mecanismo de transmisión	<p>El contacto boca a boca con la saliva o úlceras de portadores del VHS tipo 1 No obstante, también puede transmitirse a la zona genital por contacto buco genital, lo que provoca el herpes genital, y por contacto sexual el tipo 2, Aunque es más bien raro, la infección por VHS-2 puede transmitirse de la madre al recién nacido durante el parto.</p>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p>Sensación de escozor en pene, vulva, periné o alrededor del ano y lesiones vesiculares, Erosiones superficiales policíclicas dolorosas, fiebre y malestar general. La primo infección puede ser asintomática. Cuadro de tipo repetitivo.</p>
Confirmado	<p>Caso sospechoso que se confirme por laboratorio el aislamiento del virus del herpes simple de tipo 1 y 2</p>

Criterios de laboratorio	<p>En la actualidad, en los laboratorios de diagnóstico se dispone de técnicas fiables para diferenciar los anticuerpos de tipo 1 de los de tipo 2; los virus aislados pueden distinguirse fácilmente entre sí por medio de análisis de ADN. No se dispone ampliamente de pruebas serológicas con especificidad de tipo. El diagnóstico de la infección primaria puede confirmarse por el incremento al cuádruple del título de anticuerpos en pares de sueros en diversas pruebas serológicas; la demostración de IgM con especificidad para el herpes es un dato que sugiere infección primaria, aunque no la corrobora concluyentemente. Cambios citológicos característicos sugieren el diagnóstico (células gigantes multinucleadas con inclusiones intranucleares en el material tisular obtenido por raspado o biopsia), pero se confirma por estudios de anticuerpos fluorescentes directos o aislamiento del virus de lesiones orales o genitales, o de biopsia del encéfalo en casos de encefalitis, o por demostración del ADN del virus en la lesión o el líquido cefalorraquídeo por medio de la reacción en cadena de la polimerasa.</p>
<b>Notificación</b>	Es obligatoria, colectiva semanal.
Formulario para la notificación	Formulario de notificación colectiva de eventos de salud pública
<b>Investigación</b>	Sólo en brotes y de forma mediata
Formulario para la investigación	Formulario de caracterización de brote
Qué investigar?	Los contactos
<b>Prevención y Control</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Educación para la salud e higiene personal dirigida a reducir al mínimo la transferencia de material infectante.</li> <li>2) Evitar la contaminación de la piel de los enfermos eccematosos con material infectante.</li> <li>3) El personal de salud debe usar guantes cuando esté en contacto directo con lesiones potencialmente infectantes.</li> </ol>

	<p>4) Está indicada la cesárea antes de que se rompan las membranas, si a finales del embarazo aparecen infecciones primarias o recurrentes de herpes genital, por el elevado riesgo de infección del recién nacido, que es de alta letalidad (de 30 a 50%). Está contraindicado el uso de electrodos en el cuero cabelludo. El riesgo de infección mortal del neonato después de infección recurrente es mucho menor (de 3 a 5%) y se recomienda HERPES SIMPLE / 351 la cesárea solo si en el momento del parto hay lesiones activas.</p> <p>5) El empleo del condón de látex durante el contacto sexual puede disminuir el riesgo de infección; ningún agente antivírico ha tenido utilidad práctica en la profilaxis de la infección primaria, aunque el aciclovir puede usarse con fin preventivo para aminorar la incidencia de recurrencias y de</p>
Aislamiento	Aislamiento: aislamiento de contactos en el caso de lesiones neonatales, graves diseminadas o de tipo primario; en el caso de lesiones recurrentes, drenaje y precauciones propias de secreciones. Los pacientes con lesiones herpéticas deben mantenerse alejados de los recién nacidos, de los niños con eccema o quemaduras, y de los pacientes inmunosuprimidos.
Limpieza y desinfección	Ninguna.
Quimioprofilaxis	El valaciclovir y el famciclovir, La administración diaria de estos fármacos con fines profilácticos puede disminuir la frecuencia de recurrencias de infección por VHS en adultos. La infección.
Tratamiento	Tratamiento específico: las manifestaciones agudas de la queratitis herpética y las úlceras dendríticas incipientes pueden tratarse con trifluridina o arabinósido de adenina (vidarabina, Vira-A® o Ara-A®), en pomada o solución oftálmica. El aciclovir (Zovirax) por vía oral, intravenosa o tópica, aminora la diseminación del virus, disminuye el dolor y acelera la cicatrización en diversas formas de herpes como el primario, el recurrente, el rectal y el panadizo herpético. El preparado oral es el más cómodo de utilizar y puede beneficiar a los pacientes con infecciones recurrentes intensas. Sin embargo, se ha señalado la aparición de cepas mutantes del virus herpético resistentes al HERPES SIMPLE 352 / aciclovir. Entre los congéneres del aciclovir aprobados en fecha reciente en los Estados Unidos, y que poseen eficacia equivalente están el valaciclovir y el famciclovir. La administración diaria de estos fármacos con fines profilácticos puede disminuir la frecuencia de recurrencias de infección por VHS en adultos. La infección
Vacunación	Ninguna.

Bioseguridad	Desinfección concurrente con guantes: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes.
	El personal de salud debe usar guantes cuando esté en contacto directo con lesiones potencialmente infectantes.
Manejo de los contactos	Investigación de los contactos y de la fuente de infección: pocas veces tiene utilidad práctica.
Medidas internacionales	
Otras	

EVENTO	INFECCIÓN GONOCOCCICA
<p style="text-align: center;"><b>Código CIE 10</b></p>	<p><b>Diagnostico 1.</b> O98.2 Gonorrea que complica el embarazo el parto y el puerperio</p> <p><b>Diagnostico 2.</b></p> <p>A54.0 Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso peri uretral o de glándula accesoria.</p> <p>A54.1 Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior con absceso peri uretral o de glándula accesoria.</p> <p>A54.2 Pelvi peritonitis gonocócica y otras infecciones gonocóccicas genitourinario.</p> <p>A54.3 Infección gonocócica del ojo</p> <p>A54.3 Infección gonocócica del sistema osteomuscular</p> <p>A54.5 Faringitis gonocócica</p> <p>A54.6 Infecciones gonocócica del ano y del recto</p> <p>A54.8 Otras Infección es gonocócicas</p> <p>A54.9 Infección gonocócica no especificada.</p> <p><b>Diagnostico 3.</b> U82.0 resistencia a Penicilina, U83.7 resistencia a múltiples antibióticos, U84.7 resistencia a múltiples drogas antimicrobianas y U84.8 Resistencia a otras drogas antimicrobianas específicas.</p>
<p>Descripción clínica</p>	<p><b>En el Hombre:</b> proceso inflamatorio uretral con ardor al orinar, luego presenta descarga purulenta uretral.</p> <p><b>En la Mujer:</b> infección uretral, vaginal o cervical con secreción purulenta y abundante que drena del exocervix o la uretra, más disuria, poliaquiuria, bartolinitis o skentitis. Muchas veces no presenta molestias y si las da no es específica.</p> <p>En ambos puede haber afección del recto, orofaringe o conjuntivas.</p> <p><b>Oftalmia Gonocóccica:</b> Recién nacido con infección ocular (edema peri orbital y exudado purulento) cuya madre presenta o no evidencia de infección gonocóccica que inicia entre el 1-13 días después del nacimiento.</p>
<p><b>Agente causal</b></p>	<p><i>Neisseria gonorrhoeae</i>, diplococo gran negativo oxidasa positivo</p>
<p><b>Reservorio</b></p>	<p>Los humanos</p>
<p><b>Periodo Incubación</b></p>	<p>De 2 a 7 días.</p>

<b>Mecanismo de transmisión</b>	Por contacto con exudados de las membranas mucosas de las personas infectadas, casi siempre como consecuencia de la actividad sexual, parto y, en raras ocasiones, exposición hogareña en niños. En los niños mayores de 1 año se considera abuso sexual
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<input type="checkbox"/> Persona que presenta cuadro compatible con infección aguda gonocócica, según descripción clínica y todo contacto de este.
Confirmado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo caso sospechoso que se le demuestra por laboratorio la presencia de <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, diplococo gran negativo</li> </ul>
Criterios de laboratorio	<p>PCR_RT</p> <p>Cultivo y antibiograma se utiliza para diagnóstico y para detectar resistencia a los antimicrobianos.</p> <p>Frotis por Gram el resultado se reporta con presencia de diplococos gran negativo intracelular no móvil, no esporulado, con forma de grano de café.</p>
<b>Notificación</b>	<p>La notificación de casos es obligatoria, (colectiva y semanal).</p> <p>En caso de gonorrea resistente a las terapias utilizadas, identificado a través de laboratorios públicos o privados, el tipo de notificación es individual e inmediata en Sisvig.</p> <p>Sí el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
Formulario para la notificación	<p>Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública en caso de infección gonocócica con resistencia a las terapias utilizadas.</p> <p>Todas otras infecciones gonocócicas son de notificación colectiva.</p>
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria e inmediata en caso de resistencia a la (s) terapia (s) utilizadas.
Formulario para la investigación	Formulario genérico de investigación individual
Qué investigar?	Factores de riesgo, contacto(s) sexuales, tratamiento recibido, tratamiento de lo(s) contacto(s) sexual(es), exámenes de laboratorio realizado. Tratamiento profiláctico en los ojos del recién nacido de madres con infección gonocócica. Factores conductuales para la transmisión de ITS.
<b>Prevención y Control</b>	

Aislamiento	No aplica
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente: eliminación cuidadosa de los exudados de las lesiones y de los artículos contaminados.
Quimioprofilaxis	N/A
Tratamiento	Según: MINSA/CSS/ICGES Normativa Nacional para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en Panamá. Marzo 2018. Pág31 a 33. Se recomienda incluir tratamiento contra clamydias ya que cerca del 80% están coinfectadas.
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	Precauciones universales.
Manejo de los contactos	<p>1-Educar, realizarle estudios y tratar los contactos sexuales de los casos confirmados.</p> <p>2- A todos los contactos sexuales identificados de los casos confirmados de infección gonocócica sintomáticos que hayan tenido relaciones sexuales en los 30 días anteriores.</p> <p>3-Examinar, someter a pruebas y tratar a las personas que hayan sido contacto de casos sintomáticos en los últimos 60 días.</p> <p>4-Se seguirán las mismas medidas con la pareja sexual más reciente, incluso si rebasa estos límites de tiempo.</p> <p>5-Todos los recién nacidos de madres infectadas deben recibir tratamiento profiláctico.</p>
Medidas internacionales	N/A
Otras	<b>Medidas de Prevención:</b> Cumplir con los objetivos programáticos de la de estrategia del sector salud contra las ITS 2016-2021 de la OMS :

EVENTO	VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
<b>Código CIE 10</b>	<p>O98.7 VIH que complica el embarazo, el parto y el puerperio</p> <p>Z21 Infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana</p> <p>B20.0-B20.9 VIH resultante en enfermedades infecciosas o parasitarias</p> <p>B21-B21.9 VIH, resultante en tumores malignos</p> <p>B22.0, B22.1, B22.2, B22.7 VIH resultante en otras enfermedades no especificadas</p> <p>B23.0, B23.1, B23.2, B23.8 VIH resultante en otras afecciones</p> <p>B24 VIH sin otra especificación</p>
Descripción clínica	<p>Es una enfermedad producida por el virus de inmunodeficiencia humana que lesiona progresivamente el sistema inmunológico de las personas y otros órganos y sistemas. Al inicio las personas presentan un cuadro agudo similar a la mononucleosis, de curso limitado, que dura 1 a 2 semanas, después de un período, pueden permanecer asintomático durante meses y años antes de que se presenten manifestaciones de enfermedades oportunistas definitorias de caso de SIDA. Período de transmisibilidad inicia con la infección del VIH y se extiende por toda la vida.</p>
<b>Agente causal</b>	<p>El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus, se ha identificado dos (2) tipos; tipo 1 (VIH-1) y tipo 2 (VIH-2). Desde los puntos de vista serológico y geográfico son relativamente diferentes, pero comparten algunas propiedades epidemiológicas y patológicas.</p>
<b>Reservorio</b>	Los humanos
<b>Periodo Incubación</b>	<p>Es variable, alrededor de 10 a 15 años, en general transcurren de 1 a 3 meses desde la infección hasta la aparición de anticuerpo detectable. En lactantes es más breve que en el adulto</p>
<b>Mecanismo de transmisión</b>	<p>La transmisión es de persona a persona por contacto sexual sin protección, por contacto de la piel escoriada o las mucosas con líquidos corporales como semen, sangre, líquido cefalorraquídeo, por el uso de jeringas contaminadas, las transfusiones de sangre infectada, por trasplantes de órganos y tejido, también de madre a hijo (vertical o materna infantil ) la leche materna infectada.</p>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p>Persona con comportamientos sexuales de riesgo, usuarios de drogas intravenosas y aquellos que hayan recibido transfusión de sangre/hemoderivados y/o trasplante de órganos/tejidos, hijos de madre VIH positiva. Contacto sexual de persona VIH positiva.</p>

Confirmado	Panamá utiliza la definición de caso que fue revisada por la OMS en 2006 y por el CDC en el año 2008. Ver normas de vigilancia Epidemiológica del VIH.
Criterios de laboratorio	Debe cumplir con el algoritmo vigente de caso sintomático y asintomático (Normas de vigilancia de VIH). Para el primer nivel de atención de salud, MINSA-CAPSI, ULAPS, Centros de Salud y Policlínicas básicas, cumplir con el algoritmo que indica la nota No.342/DGS del 7 de septiembre de 2016.
<b>Notificación</b>	La notificación de casos y defunciones es obligatoria, (colectiva, individual y semanal) y llenar el formulario notificación e investigación de caso de VIH-SIDA y niños expuestos y capturar la información en el módulo de VIH en SISVIG.  Solo se notificará en el módulo de VIH en SISVIG los casos confirmados. Los niños vivos hijos de madre VIH positivas (Niños expuestos se hará seguimiento hasta que se confirme o se descarte su diagnóstico esa información estará contenida en el caso de la embarazada en el módulo de VIH.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación e investigación de caso VIH-SIDA y niños expuestos.
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria y mediata.
Formulario para la investigación	Formulario Notificación e Investigación de caso VIH-SIDA y niños expuestos.
Qué investigar?	Factores de riesgo para VIH, conocimiento de las medidas de prevención de las ITS,
<b>Prevención y Control</b>	Instruir a los pacientes con relación a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, responsabilidad con el tratamiento, cumplir con los exámenes de laboratorio de seguimiento.
Aislamiento	No necesario, se recomienda las medidas de precauciones universales,
Limpieza y desinfección	Se tendrá cuidado con evitar el contacto con secreciones de las lesiones abiertas u objetos contaminados con las mismas.
Quimioprofilaxis	NA
Tratamiento	Según Normas para el manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá. Año 2016.
Vacunación	No hay
Bioseguridad	Precauciones universales.

Manejo de los contactos	Investigación de los contactos y de la fuente de infección, el individuo infectado por el VIH debe notificar a sus contactos sexuales y compañeros con quienes ha compartido agujas. Necesidad de identificar, estudiar, someter a pruebas serológicas y tratar de manera adecuada a todos los contactos sexuales que resultaron positivos.
Medidas internacionales	NA
Otras	<b>Medidas de Prevención:</b> Cumplir con los objetivos programáticos para la eliminación del VIH: Aumentar a más de 95% los centros de atención de primer nivel de atención que proporcionan servicios para la prevención y diagnóstico de (ITS/VIH) en forma integrada con los otros servicios de salud incluidos los centros de atención prenatal , SSR, servicios para adolescentes, violencia de género, entre otros.

<b>EVENTO</b>	<b>INFECCIÓN POR PAPILOMA VIRUS (IVPH)</b>
Código evento CIE	<b>CIE 10-B97.7</b>
Descripción clínica	El virus del papiloma humano son grupos diversos de virus ADN pertenecientes a la familia de los Papillomaviridae. Y representa una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. Se conocen más de 100 tipos víricos, que se clasifican según su patogenia oncológica en tipos de alto y de bajo riesgo oncológico. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) considera que los tipos de VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 66 son carcinógenos para los humanos, tipos de alto riesgo oncológico y otros tipos, incluidos el VPH 6 y el VPH 11, son posibles carcinógenos para los humanos, tipos de bajo riesgo oncológico. La mayoría de los VPH descritos no causan ningún síntoma en la mayor parte de la gente. Algunos tipos de VPH pueden causar verrugas o condilomas, mientras otros pueden generar infecciones subclínicas, que pueden dar lugar a cáncer cervical, de vulva, vagina y ano en mujeres, o cáncer del ano y pene en hombres. La mayor parte de la gente infectada por VPH desconoce que lo está. Todos los VPH se transmiten por contacto piel a piel.
Agente causal	El virus del papiloma humano (VPH)
Reservorio	Humanos
Periodo de incubación	El VPH se aloja en la célula y ahí permanece en forma latente durante un período que puede variar de 6 meses a dos años en promedio, aunque este periodo depende del sistema inmunológico de la persona infectada, es decir, podría acortarse o extenderse
Mecanismo de transmisión	Por contacto sexual y el contacto de piel a piel con el pene, el escroto, la vulva o el ano de la persona infectada. Las verrugas genitales son muy contagiosas y se transmiten de la pareja infectada durante el sexo oral, vaginal o sexo anal.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Proceso inflamatorio recidivante en órganos genitales femenino y masculino, y ano, con o sin presencia de condiloma identificado en citología, colposcopia y biopsia
Confirmado	Identificación del virus por prueba de PCR (detectar el ADN (ácido desoxirribonucleico) del virus dentro de las células de nuestro cuerpo)
Criterios de laboratorio	La única prueba que puede detectar el virus de papiloma humano con certeza es la prueba del PCR por secuenciación
<b>Notificación</b>	Obligatoria, Colectiva, semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	

	Formulario de notificación colectiva de eventos de salud pública
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	Formulario genérico de investigación de eventos de notificación obligatoria.
Qué investigar?	Los casos sospechosos, confirmados, los contactos sexuales, factor de riesgo y otras posibles ITS
<b>Prevención y Control</b>	<p>La educación La utilización de la vacuna la contra el PVH niñas y niños, la utilización de condones en todas las relaciones sexuales,</p> <p>Entre las medidas recomendadas por la Organización figura la aplicación de intervenciones a lo largo de la vida. El enfoque ha de ser multidisciplinar e incluir componentes como la educación y sensibilización de la comunidad, la movilización social, la vacunación, la detección, el tratamiento y los cuidados paliativos.</p> <p>Otras intervenciones preventivas recomendadas educar en materia de prácticas sexuales seguras y retrasar el inicio de la vida sexual;</p> <p><input type="checkbox"/> promover el uso de preservativos y suministrarlos a quienes ya hayan iniciado su vida sexual;</p> <p><input type="checkbox"/> advertir contra el consumo de tabaco, que a menudo comienza en la adolescencia y es un factor de riesgo importante de CCU y de otros tipos de cáncer;</p> <p><input type="checkbox"/> la circuncisión masculina.</p> <p>Las mujeres que tengan actividad sexual deben someterse a partir de los 30 años a pruebas que permitan detectar células anormales o lesiones precancerosas en el cuello del útero.</p>
Aislamiento	No tener relaciones sexuales si presentas lesión en la piel o verrugas genitales hasta que sean tratadas hasta que desaparezcan completamente.
Limpieza y desinfección	No aplica
Quimioprofilaxis	La prevención primaria comienza con la vacunación de las niñas de 9 a 13 años antes de que inicien su vida sexual.
	Tratamiento comienza con la vacunación de las niñas de 9 a 13 años antes de que inicien su vida sexual.
Tratamiento	<p>En caso de que se requiriera tratamiento para eliminar las células anormales o las lesiones, se recomienda la aplicación de crioterapia (que permite destruir mediante congelación el tejido cervical anormal).</p> <p>Si hay signos de CCU, las opciones disponibles para atajar un cáncer invasivo son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.</p>
Vacunación	La vacuna bivalente y una vacuna tetravalente en edades de 9 a 14 años. Ambas vacunas son altamente eficaces para prevenir la infección por los tipos 16 y 18 del virus, que son los causantes de aproximadamente el 70% de los cánceres de cuello

	de útero a nivel mundial. Las vacunas también son eficaces para prevenir las lesiones precancerosas del cuello del útero por estos tipos del virus. La vacuna tetravalente también es altamente eficaz para prevenir las verrugas ano genitales, una enfermedad genital común que prácticamente es siempre causada por la infección por los tipos 6 y 11 del VPH.
Bioseguridad	Utilización de guante por el personal de salud al examinar al paciente.
Manejo de los contactos	Medidas que deben tomar los contactos: <u>. Vacúnate contra el VPH.</u> . Usa condones y/o barreras de látex bucales cada vez que tengas sexo vaginal, anal u oral.
Medidas internacionales	No aplica
Otras	En mujeres con IVPH y riesgo CCU, orientar para un adecuado seguimiento citológico según las normas.

<b>EVENTO</b>	<b>INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (IAAS)</b>
<b>Código</b>	<b>Y95.X</b>
<b>Descripción clínica</b>	Es una condición localizada o sistémica resultante en una reacción orgánica a la presencia de un(os) agente(s) infeccioso(s) que no estaba(n) presente(s) ni en período de incubación al momento de la llegada del paciente a la instalación y puede presentarse hasta 72 horas después del egreso del paciente y en caso de prótesis, hasta 90 días después. Una infección es considerada una IAAS si reúne todos los criterios de las definiciones de caso y están presentes en o a partir de las 48 horas de estancia hospitalaria
<b>Agente causal</b>	Cualquier microorganismo capaz de producir una infección o colonización a un huésped susceptible.
<b>Reservorio</b>	Animados (pacientes, personal); inanimados (ambiente)
<b>Periodo de incubación</b>	NA
<b>Mecanismo de transmisión</b>	<p><b>Transmisión por contacto:</b> es el mecanismo de transmisión más frecuente y considerado de mayor importancia en las instalaciones de salud. Se clasifica en:</p> <p><b>a) Directo:</b> se produce por contacto físico entre una fuente de infección y un huésped susceptible, permitiendo la transferencia de los microorganismos de un paciente a otro. Esta forma de transmisión de enfermedad se conoce también como transmisión persona a persona.</p> <p><b>b) Indirecto:</b> se produce cuando un huésped susceptible tiene contacto con un objeto contaminado (animado o inanimado).</p> <p><b>Transmisión por gotas:</b> se produce cuando los microorganismos son transmitidos a través de microgotas (tamaño mayor de 5 µm) provenientes del sistema respiratorio al toser, estornudar, hablar o durante procedimientos invasivos. En la mayoría de los casos, es necesario tener una distancia menor de un metro para que ocurra la transmisión.</p> <p><b>Transmisión aérea:</b> se produce a través de microgotas (tamaño menor de 5 µm) que contienen microorganismos infectantes y que pueden permanecer suspendidas en el aire durante largos periodos de tiempo y viajar largas distancias antes de ser inhaladas.</p> <p><b>Transmisión por vehículos comunes:</b> se refiere a ciertos microorganismos que se transmiten por elementos contaminados como agua, fármacos, dispositivos y equipo.</p> <p><b>Transmisión por vectores:</b> se produce cuando el agente infeccioso es transportado por vectores como ratas, insectos, ácaros, garrapatas, piojos o pulgas, entre otros.</p>

<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Persona hospitalizada o tratada en forma ambulatoria que presenta signos y síntomas compatibles con IAAS, cuyo cuadro clínico no estaba presente al momento de su ingreso o atención, o que presente signos y síntomas de infección después de 48 horas de su estancia hospitalaria o 72 horas después del egreso, incluyendo al personal de salud. En caso de cirugía de prótesis se considera como sospechoso hasta 90 días después del egreso y en las cirugías trazadoras aquellas infecciones que ocurren post cirugía dentro de 30 días en ausencia de implantes y 90 días en presencia de éste.
Confirmado	Caso sospechoso que reúne los criterios de las definiciones de caso del CDC de acuerdo a cada evento.
Criterios de laboratorio	Identificación de microorganismos mediante examen directo, PCR, cultivos u otro método microbiológico verificado por el LCRSP/ICGES
<b>Notificación</b>	<p>Colectiva semanal y en brotes de manera inmediata</p> <p>La notificación colectiva semanal se realiza mediante los códigos:</p> <p>Y95.X Afección nosocomial</p> <p>Y95.1 Afección nosocomial ósea y articular</p> <p>Y95.2 Afección nosocomial del sistema nervioso central (SNC)</p> <p>Y95.3 Afección nosocomial del sistema cardiovascular</p> <p>Y95.4 Afección nosocomial en oídos, ojos, nariz, garganta o boca</p> <p>Y95.5 Afección nosocomial del sistema gastrointestinal</p> <p>Y95.6 Afección nosocomial del aparato reproductor</p> <p>Y95.7 Afección nosocomial de la piel y tejidos blandos</p> <p>Y95.8 Afección nosocomial del tracto respiratorio inferior diferente a neumonía</p> <p>Y95.9 Afección nosocomial Neumonía asociada a ventilador mecánico</p> <p>Y95.10 Afección nosocomial de sitio quirúrgico</p> <p>Y95.11 Afección nosocomial del torrente sanguíneo asociado a catéter</p> <p>Y95.12 Afección nosocomial del tracto urinario asociada a catéter permanente</p> <p>Y95.13 Afección nosocomial del sistema urinario en riñón, uréter, uretra o tejidos</p> <p>Se registrarán en el módulo de mortalidad (VIGMOR – SISVIG), las defunciones de pacientes que al momento de la misma tenían una IAAS activa,</p>

	independientemente de que ésta sea o no la causa directa, contribuyente o no relacionada a la defunción.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	Formulario de investigación para IAAS (general y por dispositivo)
Qué investigar?	Factores de riesgo relacionados con el paciente, con la atención y con el ambiente
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Las medidas de prevención y control que se establecen son precauciones estándar más precauciones de contacto, gotas o aéreas dependiendo del mecanismo de transmisión. Los contactos se ubican en aislamiento o en una cohorte y se le realizan las pruebas correspondientes.
Limpieza y desinfección	
Quimioprofilaxis	
Tratamiento	
Vacunación	
Bioseguridad	
Manejo de los contactos	
Medidas internacionales	Informar a organismos internacionales de IAAS de importancia en la Salud Pública nacional e internacional
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>INFECCIÓN POR VIRUS LINFOTRÓPICO HUMANO (HTLV I-II)</b>
Código evento CIE	<b>B33.3 (Infecciones debida a retrovirus no clasificada en otra parte).</b>
Descripción clínica	El virus linfotrópico humano tipo I (HTLV-I) descubierto en 1981 se ha relacionado a diferentes enfermedades, tales como leucemia/ linfoma de células T, paraparesia espástica tropical, uveítis, y dermatitis infectiva, mientras que el virus linfotrópico humano tipo II (HTLV-II) descubierto en 1982, podría estar relacionado a cuadros neurológicos que presentan síntomas similares a la paraparesia espástica tropical y a la neuropatía atáxica tropical.
Agente causal	Virus familia <i>Retroviridae</i> , subfamilia <i>oncoviridae</i> .
Reservorio	Humanos
Periodo de incubación	Desconocida
Mecanismo de transmisión	Modo de transmisión: El HTLV-I-II se transmite por tres vías principales: 1. Transmisión de madre a hijo, 2. contacto sexual, 3. Contacto con la sangre y transfusión de sangre, usuario de droga intravenosa., 3. Transmisión de la infección de madre a hijo y ocurre por vía perinatal o a través de la leche materna.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Persona que presenta cuadro compatible con la descripción clínica. Todo donante de sangre con prueba de tamizaje serológico de la infección con HTLV.
Confirmado	Todo caso sospechoso con prueba confirmatoria positiva.
Criterios de laboratorio	El tamizaje serológico de la infección con HTLV se hace habitualmente con un método de ELISA y luego mediante un método de confirmación, ya sea Westernblot o Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), se realiza el diagnóstico de laboratorio. En caso de ser necesario tipificar, HTLV-I o HTLV-II, lo recomendable además es confirmar la infección viral mediante la amplificación genética in vitro o PCR del material genético viral en las células mononucleares periféricas sanguíneas del paciente.
<b>Notificación</b>	
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública.
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria y mediata.
Formulario para la investigación	Formulario de investigación genérico individual de eventos de notificación obligatoria

Qué investigar?	Factores de riesgo, contacto(s) sexuales. Factores conductuales para la transmisión de ITS. Lactancia materna. Antecedentes de uso de
<b>Prevención y Control</b>	Utilizar sangre y derivados tamizados para el virus HTLV. No donar plasma, médula ósea, órganos, semen o leche materna. No amamante a su bebe, Evite relaciones sexuales sin protección, No comparta agujas o jeringuillas.
Aislamiento	N/A
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente. Susceptible a solución de hipoclorito de sodio al 1%, glutaraldehido al 2% Sensible a radiación UV y al calor.
Quimioprofilaxis	No hay disponible.
Tratamiento	No existe un antiviral específico hasta la fecha
Vacunación	No hay disponible.
Bioseguridad	Precauciones universales. En el laboratorio con las muestras de sangre o líquido cefalorraquídeo, utilizar el nivel de protección 2.
Manejo de los contactos	Es necesario explorar, someter a estudio a los contactos sexuales de los casos. Así como a todos los recién nacidos de madres infectadas con el HTLV I-II.
Medidas internacionales	N/A
Otras	<b>En caso de accidente y derrame con la sangre u otro liquido</b> dejar que los aerosoles se disipen, usar la ropa de protección recomendada, cubrir el derrame cuidadosamente con toallas de papel absorbente y aplicar solución de hipoclorito de sodio al 1%, de la orilla hacia el centro; dejar en contacto por 30 minutos antes de limpiar.

EVENTO	<b>INFLUENZA</b>
Código evento CIE	<b>(J09, J10. A J18 y J21)</b>
<b>Descripción clínica</b>	<p>La Influenza es una enfermedad respiratoria aguda, infectocontagiosa de origen viral. El cuadro clínico comprende aparición brusca de fiebre, tos (generalmente seca), dolor de garganta y rinitis; los síntomas generales pueden incluir: cefalea, mialgias, fatiga, postración y coriza. Los signos y síntomas difieren en función de la edad de las personas infectadas. La enfermedad puede variar desde una infección asintomática hasta una neumonía vírica primaria y muerte. El episodio agudo suele durar alrededor de una semana, pero el malestar general y la tos pueden persistir dos semanas o más.</p> <p>Entre las complicaciones frecuentes se encuentran la neumonía bacteriana secundaria y la exacerbación de enfermedades crónicas subyacentes y, en los niños la otitis media. Entre las complicaciones poco frecuentes se cuentan la encefalitis, mieloencefalitis, miositis, la miocarditis, el síndrome de choque tóxico, el síndrome de Reye en niños y adolescentes (generalmente asociado con el uso de ácido acetilsalicílico y otros medicamentos que contienen salicilato).</p> <p>Para caracterizar la infección se han elegido dos tipos de Eventos a Vigilar: El síndrome gripal, gripe o influenza (ETI) y la infección respiratoria aguda grave (IRAG) representada por las neumonías, bronconeumonías y bronquiolitis en la vigilancia pasiva.</p>
Agente causal	Virus de Influenza A(H3N2, H1N1), Virus de Influenza B.
Reservorio	Los Seres humanos ((virus de la gripe humanos)
Periodo de incubación	por lo regular de uno a tres días
Mecanismo de transmisión	Por la diseminación mediante gotitas grandes a través de la tos y los estornudos de las personas infectadas.
<b>Definición de caso</b>	<p>Síndrome Gripal, gripe o Influenza (ETI): Paciente con infección respiratoria aguda que presenta fiebre &gt; a 38° C y tos y con inicio de síntomas en los últimos 10 días.</p> <p>Neumonía, Bronconeumonía: Paciente con historia reciente de fiebre o, fiebre &gt; a 38° C y tos y disnea (dificultad para respirar).</p> <p>Bronquiolitis: Paciente menor de 2 años que presenta disnea (dificultad para respirar) y tos o rinorrea; con o sin fiebre.</p> <p>IRAG: Pacientes con una infección respiratoria aguda con: historia de fiebre o fiebre medida de ≥ 38 °C y tos Con inicio de la fiebre en los diez días previos y que requieren ser hospitalizados.</p>
Sospechoso	

	IRAG Inusitado: IRAG causado por un agente desconocido, o bien la fuente, el vehículo o la vía de transmisión son inusitados o desconocidos. La evolución del caso es más grave de lo previsto o presenta síntomas o signos no habituales. La manifestación del evento resulta inusual para la zona, la estación o la población
Confirmado	Para la vigilancia pasiva: Caso que cumple con la definición de caso sospechoso Vigilancia centinela o Intensificada: Caso sospechoso que tiene prueba positiva a virus influenza por cultivo, biología molecular e Inmunofluorescencia.
<b>Criterios de laboratorio</b>	<b>Identificación del virus influenza mediante pruebas moleculares, cultivo e inmunofluorescencia.</b>
<b>Notificación</b>	Vigilancia pasiva: Caso: Notificación colectiva semanal. Vigilancia Intensificada: Notificación Individual inmediata. Brote: Notificación inmediata. Vigilancia Centinela: Notificación individual semanal,
Formulario para la notificación	Vigilancia pasiva: Caso: Formulario de Eventos de Notificación Obligatoria Semanal/ENO, SISVIG-Notificación Obligatoria/ENO. Brote: Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones, SISVIG-VIGMOR.  Vigilancia Centinela e Inusitada: Formulario para la Vigilancia del Síndrome Gripal o Gripe o Influenza y de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves
<b>Investigación</b>	IRAG Inusitada, Brote
Formulario para la investigación	Caso: Formulario para la Vigilancia del Síndrome Gripal o Gripe o Influenza y de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves. Brote: Formulario de Caracterización de Brote.
Qué investigar?	De los contactos y de la fuente de infección, antecedentes de vacunación del caso, de sus contactos y del perifoco, factores de riesgo.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	En habitación individual o por cohorte
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente: no corresponde para la gripe estacional. Para virus no humanos limpieza y desinfección regulares de las superficies y ambiente.
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	Oseltamivir para pacientes con IRAG hospitalizados o Infección Respiratoria Aguda con condición de riesgo
Vacunación	Según esquema nacional de vacunación

Bioseguridad	Precauciones estándares, Etiqueta Respiratoria, vacunación a funcionario de salud.
Manejo de los contactos	Seguimiento a contactos de casos sospechosos de infección por virus no humanos por 14 días
Medidas internacionales	La gripe humana causada por un nuevo subtipo está sujeta a notificación a la OMS según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
Otras	

EVENTO	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA
Código evento CIE	
Descripción clínica	
Agente causal	
Reservorio	
Periodo de incubación	
Mecanismo de transmisión	
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	
Confirmado	
Criterios de laboratorio	
<b>Notificación</b>	
Formulario para la notificación	
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	
Qué investigar?	
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	
Limpieza y desinfección	
Quimioprofilaxis	
Tratamiento	

Vacunación	
Bioseguridad	
Manejo de los contactos	
Medidas internacionales	
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>Invaginación o Intususcepción_intestinal en niños menores de un año</b>
Código evento CIE	(K56.1)
<b>Descripción clínica</b>	La invaginación intestinal o intususcepción es un cuadro clínico grave que ocurre por plegamiento intestinal de una sección dentro de otra de su propio eje, como resultado de una alteración de la movilidad del intestino. Se presenta con dolor abdominal cada 10 a 15 minutos, vómitos y heces mucoides y sanguinolentas. También se puede palpar una masa abdominal en “forma de salchicha” y, durante los episodios de dolor, escuchar un aumento de los ruidos peristálticos.
Agente causal	No Aplica
Reservorio	No Aplica
Periodo de incubación	No Aplica
Mecanismo de transmisión	No Aplica
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Todo niño menor de 1 año de edad del cual el médico sospechó invaginación intestinal con base en la historia clínica (dolor abdominal, vómitos, heces mucoides y/o sanguinolentas) o por el examen físico (masa abdominal en forma de salchicha).
Confirmado	Todo caso sospechoso con diagnóstico confirmado a través de imagen radiológica, ultrasonido o del informe de la cirugía realizada.
<b>Criterios de laboratorio</b>	No se requiere prueba de laboratorio
<b>Notificación</b>	El caso de invaginación es de notificación individual inmediata y colectiva semanal. El brote o defunción, es de notificación individual inmediata.
Formulario para la notificación	Caso: Formulario de Notificación e Investigación de Casos de Invaginación Intestinal, SISVIG-Notificación Obligatoria/ENO. Brote: Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones, SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Todo caso brote y defunción en menor de un año.
Formulario para la investigación	Formulario de Notificación e Investigación de Casos de Invaginación Intestinal Brote: Formulario de Caracterización de Brote.
Qué investigar?	Antecedentes de vacunación contra rotavirus del caso, presencia de virus, bacterias o parásitos en las heces.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	No aplica
Limpeza y desinfección	No Aplica

Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	reducción hidrostática o quirúrgica de la invaginación
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	No aplica
Manejo de los contactos	No aplica
Medidas internacionales	Ninguna
Otras	Dado lo ocurrido con la vacuna RotashieldR, la OMS recomienda atención especial en el seguimiento de todos los casos de eventos adversos severos – particularmente la invaginación intestinal o intususcepción- registrados después de la administración de la vacuna contra rotavirus.

<b>EVENTO</b>	<b>LEISHMANIASIS</b>
Código evento CIE	<b>B55.1, B55.2, B55.9, B55.0</b>
Descripción clínica	La Leishmaniasis es una zoonosis parasitaria polimorfa de la piel y de las mucosas, la enfermedad comienza con una mácula y luego una pápula que crece y se convierte de manera característica en una úlcera indolora. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, en ocasiones no ulceradas y difusas; puede cicatrizar espontáneamente en el término de semana o meses o persistir durante un año o más. Dado que de una úlcera cutánea se puede evolucionar a lesión mucocutánea se considera que la leishmaniasis es una enfermedad sistémica.
Agente causal	<b>Protozoos del genero Leishmania, que se agrupan en subgéneros del parásito Leishmania.</b>
Reservorio	Mono perezoso, Zarigüeya y otros roedores; los reservorios selváticos incluyen varias especies de animales sinantrópicos, marsupiales y edentados.
Periodo de incubación	En los seres humanos es de 2 a 3 meses en promedio, pero pueden haber periodos más cortos (2 semanas) o más largos (2 años).
Mecanismo de transmisión	La forma infectante, el promastigote metacíclico es inoculado a través de la picadura de dípteros del genero Lutzomia.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<b>Leishmaniasis cutánea</b> <b>Caso sospechoso:</b> Persona con lesión cutánea única o múltiple, o lesiones asintomáticas, que inician en forma de pápulas con progresión a lesiones ulceradas, generalmente de bordes bien definidos, con tiempo de evolución mayor de 4 semanas, procedente o residente en área endémica de leishmaniasis.
Confirmado	Caso sospechoso que es confirmado por presencia del parásito en estudio parasitológico de muestra de raspado/biopsia del borde de la lesión, PCR o evidencia indirecta mediante la prueba de intradermoreacción de Montenegro.
	<b>Leishmaniasis mucosa o mucocutánea</b>
Sospechoso	Persona sin causa justificable de ronquera, secreción nasal fétida, sangrado nasal espontáneo, dificultad para tragar y posible antecedente de leishmaniasis o procedente de área endémica o persona con una o varias lesiones en mucosa nasoro-faríngea con prueba de Montenegro positiva para leishmaniasis cutánea.
Confirmado	Es un caso sospechoso con biopsia de lesión positiva mediante frotis, cultivo o PCR.
	<b>Leishmaniasis visceral</b>

Sospechoso	Todo paciente con fiebre prolongada, con hepato y/o esplenomegalia, pérdida de peso y anemia que proceda o viva en área endémica.
Confirmado	Caso sospechoso que presente: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aspirado de medula ósea con frotis, cultivo o PCR positivo</li> <li><input type="checkbox"/> Aspirado de ganglios linfáticos con frotis, cultivo o PCR positivo</li> <li><input type="checkbox"/> Biopsia del Bazo con frotis, cultivo o PCR positivo</li> </ul>
Criterios de laboratorio	<p><b>Pruebas directas:</b> Frotis de lesión cutánea, es un extendido de una muestra tomada de una lesión cutánea que sea sospechosa de leishmaniasis.</p> <p>Cultivo: se realiza a partir de material debidamente obtenido de los raspados, los aspirados o de biopsias de los bordes de las lesiones cutáneas</p> <p><b>Pruebas moleculares:</b> PCR, esta metodología se basa en la deyección del ADN del parásito mediante la reacción en cadena de la polimerasa.</p> <p>Examen histopatológico: El resultado puede demostrar los amastigotes, lo cual establece el diagnóstico definitivo.</p> <p><b>Pruebas Indirectas:</b>  <b>Prueba de Montenegro o intradermorreacción (IDRM),</b> se trata de una prueba de hipersensibilidad tardía.</p>
Notificación	Tipo de notificación: individual; periodicidad de la notificación: semanal
Formulario para la notificación	Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Formulario para la notificación obligatoria individual de eventos de salud pública
<b>Investigación</b>	Para brote es mediata
Formulario para la investigación	Llenar formulario genérico
Qué investigar?	<input type="checkbox"/> Residente o visitante de área endémica <input type="checkbox"/> Evidencia del vector.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Se recomienda uso de mosquiteros , repelentes y uso de ropa protectora
Limpieza y desinfección	Mantener la higiene en la vivienda y sus alrededores, colaborar con el rociado de insecticidas.
Quimioprofilaxis	No aplica

Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Antimonios pentavalentes como el antimonio de meglumina y el estiboglunato de sodio. Administrar una dosis única de antimonio pentavalente a razón de 20mg/kg de peso por día durante 20 días en LC., 30 días en LM. Y 28 días en LV. Máximo 3 ampollas diarias intra muscular o intravenoso.</li> </ul>
Vacunación	No existe
Bioseguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lavado de manos</li> <li><input type="checkbox"/> Utilización de guantes desechables, lentes, bata y otros en todo el proceso de toma de muestra y análisis de la misma</li> <li><input type="checkbox"/> Descartar lancetas, agujas, portaobjetos, tubos de vidrio y capilares en un envase rígido destinado para este fin</li> <li><input type="checkbox"/> Contar con hipoclorito del 5 al 10% para la descontaminación</li> <li><input type="checkbox"/> Utilizar triple embalaje para envío de muestras</li> </ul>
Manejo de los contactos	
Medidas internacionales	
Otras	<p><b>Criterios de cura clínica:</b></p> <p><b>Leishmaniasis cutánea:</b> Cicatrización con re-epitelización completa y aplanamiento del borde de las lesiones; Desaparición de la induración de la base; desaparición de la linfangitis o adenitis en caso de que haya ocurrido; ausencia de nuevas lesiones.</p> <p><b>Leishmaniasis mucosa:</b> Regresión de todos los signos clínicos de las lesiones.</p>

EVENTO	LEPRA O ENFERMEDAD DE HANSEN
Código evento CIE	CIE-10 A30
Descripción clínica	Es una enfermedad infecciosa crónica que afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias altas y los ojos causar lesiones progresivas y permanentes. La lepra es curable con un tratamiento multi medicamentoso. Si se trata en las primeras fases, se evita la discapacidad. Aunque no es muy contagiosa, la lepra se transmite por gotículas nasales y orales cuando hay un contacto estrecho y frecuente con enfermos no tratados.
Agente causal	<i>Mycobacterium leprae</i>
Reservorio	Los seres humanos son el único reservorio
Periodo de incubación	Varía de 9 meses a 20 años, y el promedio es probablemente de unos 4 años para la lepra tuberculoide y el doble para la lepra lepromatosa.
Mecanismo de transmisión	Se transmite por el contacto directo con fluidos corporales de la nariz y la boca, aunque esto sucede solo con el contacto frecuente con enfermos que no han sido tratados.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Se considera sospecha de lepra a todo sintomático de piel y/o sintomático de sistema nervioso periférico, definido de la siguiente manera: <b>Sintomático de piel:</b> Persona que presenta lesiones cutáneas no congénitas, de larga evolución, sin prurito ni dolor, que pueden pasar inadvertidas para el paciente. <b>Sintomático de sistema nervioso periférico:</b> Persona que presenta áreas corporales con disminución o pérdida de la sensibilidad, engrosamiento de uno o más troncos nerviosos, dolor espontáneo o a la palpación de uno o más troncos nerviosos, hipotrofias ó atrofias musculares, problemas motores en manos, pies o párpados, mala posición de uno ó varios dedos.
Confirmado	La Organización Mundial de la Salud define como caso de lepra al paciente que no ha completado un esquema de PQT para la enfermedad, ya sea en su forma Paucibacilar o Multibacilar o que reúne uno o más de los siguientes criterios:  •Lesiones cutáneas eritematosas o hipopigmentadas acompañadas de disminución o pérdida de la sensibilidad.

Criterios de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Engrosamiento de nervios periféricos asociados con alteraciones sensitivas motoras de los territorios inervados</li> <li>▪Baciloscopía positiva en linfa.</li> </ul> <p>Presencia de <i>M. leprae</i> en las baciloscopias practicadas en mucosa nasal, lóbulo de la oreja y lesión cutánea en el estudio histopatológico de las lesiones, así como en el resultado de la leprominoreacción. Lepra lepromatosa (la forma multibacilar) se corrobora decididamente al demostrar la presencia de bacilos acidorresistentes en frotis de piel hechos con el método de incisión y raspado; en la enfermedad tuberculoide (la forma paucibacilar) los bacilos pueden ser tan pocos que no se identifiquen. En la medida de lo posible, hay que enviar para biopsia, a un patólogo experto en el diagnóstico de lepra, un fragmento de piel limitado a la zona afectada. La afección de nervios con bacilos acidorresistentes es signo patognomónico de lepra.</p>
<b>Notificación</b>	La notificación de los casos es rutinaria y obligatoria según la norma Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Formulario para notificar problemas o eventos de notificación individual de casos
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	Formulario de Solicitud de Diagnóstico de Lepra
Qué investigar?	Fuente de infección y contactos domiciliarios ( a intervalo de 12 meses por lo menos, durante cinco años después del último contacto con el caso infeccioso) y extra domiciliarios
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	No se requiere en los casos de lepra tuberculoide; en los casos de lepra lepromatosa se debe aislar a los contactos hasta corroborar que se ha practicado tratamiento multi medicamentoso. La hospitalización a menudo está indicada durante el tratamiento de las reacciones. No están indicadas las restricciones en el trabajo ni en la asistencia a la escuela de los pacientes cuya enfermedad no se considere infecciosa.
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente con guantes y mascarilla: de las secreciones nasales de los pacientes infecciosos. Limpieza terminal.
Quimioprolifaxis	Rifampicina
Tratamiento	Según normas de atención, tipo ambulatorio, regular y con fármacos múltiples.

	<p>El esquema mínimo recomendado por la OMS para la lepra multibacilar comprende 600 mg de Rifampicina una vez al mes; 100 mg de dapsona (DDS) al día, y 300 mg de clofazimina una vez al mes, junto con 50 mg al día. La administración mensual de Rifampicina y clofazimina se hará bajo supervisión. El Comité de Expertos en Lepra de la OMS, ha dictaminado que la duración mínima del tratamiento contra la lepra multibacilar se puede acortar a 12 meses, en vez de los 24 meses recomendados anteriormente.</p> <p>En la forma paucibacilar temprana de la lepra (tuberculoide), o en personas con una sola lesión cutánea, basta una sola dosis de varios fármacos (600 mg de Rifampicina, 400 mg de Ofloxacina y 100 mg de minociclina).</p>
Vacunación	La BCG confiere cierta inmunidad contra , no se practica rutinariamente
Bioseguridad	Desinfección concurrente con guantes:
Manejo de los contactos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los contactos identificados durante la investigación epidemiológica de campo deberán ser referidos al dermatólogo para su evaluación médica y toma de muestras respectivas.</li> <li>2. Los que no han desarrollado la enfermedad se les debe dar seguimiento mediante revisiones anuales por el médico de la instalación de salud correspondiente hasta por un periodo de 5 años, con énfasis en los menores de 15 años. Para ello se deben establecer mecanismos que garanticen esta actividad y la búsqueda de aquellos que no acudan a la cita con el médico (ejemplo: llamadas telefónicas o nuevas visitas domiciliarias a través de los coordinadores locales de epidemiología).</li> <li>3. Si en el primer examen de los contactos no se detectan signos y síntomas clínicos sugestivos de Enfermedad de Hansen, la persona debe recibir orientación sobre el período de incubación, forma de transmisión, signos y síntomas de la lepra e instrucciones de acudir a consulta con el médico cuando se presenten.</li> <li>4. Se deberá promover que la familia y contactos del paciente lo apoyen y se vinculen al tratamiento y cuidado del enfermo para asegurar que reciba el apoyo psicológico necesario, un tratamiento eficaz e integral, desarrolle adherencia al tratamiento, reciba la rehabilitación adecuada y se evite la discriminación o estigmatización.</li> </ol>
Medidas internacionales	<u>No aplica</u>

Otras	<p>Panamá desde el año 2016, trabaja en la Resolución CD55.R9 que incluye la implementación del Plan para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, entre ellas la lepra. La Estrategia Mundial contra la Lepra 2016-2020, en la cual participa nuestro país, la cual proporciona orientación a quienes gestionan los programas nacionales contra la lepra para llevar a cabo acciones destinadas a reducir la carga de la enfermedad y en colaboración con diversos sectores, incluida las organizaciones que trabajan por los derechos humanos y la igualdad de género. Sus metas son: 1) ninguna discapacidad en los casos nuevos en niños; 2) reducción de la DG2 en los nuevos casos a menos de 1 por millón de habitantes; y 3) ningún país con legislación que permita la discriminación por causa de la lepra. Estas metas deberán haberse alcanzado para el año 2020</p>

EVENTO	LEPTOSPIROSIS
Código evento CIE 10	<b>A27.S, A27.0, A27. 8, A27.9</b>
Descripción clínica	<p>Zoonosis bacteriana que remite espontáneamente y a menudo no produce manifestaciones clínicas; puede causar un cuadro mortal fulminante.</p> <p>Las manifestaciones clínicas van desde una forma asintomática o inaparente, compromiso leve o forma grave. Más del 90% de los enfermos sintomáticos sufren la variante leve y generalmente anictérica de leptospirosis, con o sin meningitis asociada, y 10% restantes presentan la forma ictérica grave.</p> <p><b>Leptospirosis anictérica:</b> similar a un estado gripal, con fiebre, conjuntivitis, escalofríos, cefalea intensa, náuseas, vómitos y mialgias. El dolor muscular, especialmente en pantorrillas, dorso y abdomen, constituye un rasgo importante de la enfermedad. Manifestaciones menos frecuentes son el dolor de garganta y la erupción cutánea. Los síntomas tienden a desaparecer dentro de una semana. La meningitis aséptica aparece en un porcentaje inferior al 15% de los pacientes y los síntomas meníngeos desaparecen en pocos días por lo general. De un 5 a 15 % pueden desarrollar una forma grave de la enfermedad con manifestaciones hepáticas, cardíacas, renales y pulmonares.</p> <p><b>Leptospirosis ictérica (Enfermedad de Weil):</b> forma grave de la enfermedad; se caracteriza por ictericia, diátesis hemorrágica, alteraciones de la función renal y hepática, colapso vascular y alta letalidad. Comienza con síntomas similar a los descritos anteriormente, pero a los 4 o 9 días aparece ictericia y alteraciones renales y vasculares. La insuficiencia renal se desarrolla casi siempre en la segunda semana de la enfermedad. Un 10% puede presentar alteraciones pulmonares, que explican la tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis e insuficiencia respiratoria.</p>
Agente causal	<p>Bacteria que pertenece a la familia de las Leptospiraceae, género <i>Leptospira</i>. Este se clasifica en 20 genoespecies patógenas y no patógenas, que a su vez se subdividen en 300 serovariedades antigénicas, que se agrupan en 26 serogrupos según afinidad serológica. Los serogrupos y serovariedades a menudo se relacionan con reservorios animales específicos. Aproximadamente la mitad de las serovariedades patógenas pertenecen a <i>Leptospira interrogans</i> o a <i>Leptospira borgpetersenii</i>.</p>

Reservorio	Animales silvestres y domésticos, en cuyo túbulo renales y aparato genitales se conserva la <i>Leptospira</i> patógena. Los mismos actúan como huéspedes de mantenimiento naturales y pueden ser excretores asintomáticos por años. Las serovariedades se adaptan a una o varias especies animales que sirven como reservorios. Las ratas ( <i>L. interrogans</i> serovariedades Copenhageni e Icterohaemorrhagiae), los cerdos ( <i>L. interrogans</i> serovariedad Pomona), bovinos ( <i>L. borgpetersenii</i> serovariedad Hardjo), perros ( <i>L. interrogans</i> serovariedad Canicola), mapaches ( <i>L. interrogans</i> serovariedad Autumnalis).
Periodo de incubación	Por lo general de 5 a 14 días con límites de 2 a 30 días.
Mecanismo de transmisión	Por contacto de las mucosas o de la piel, especialmente si está escoriada, con aguas, lodos, vegetación, terreno contaminado con orina de animales infectados. Ocasionalmente puede transmitirse al consumir agua o alimentos contaminados con la orina de animales infectados, o por inhalar líquidos en forma de gotitas de aerosol. Es rara la transmisión de persona a persona.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p>Persona de cualquier edad con fiebre de inicio brusco, cefalea, mialgia (principalmente de pantorrillas y región lumbar) y con uno o más de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritación conjuntival, irritación meníngea (rigidez de nuca), insuficiencia renal (anuria, oliguria y/o proteinuria), ictericia, manifestaciones hemorrágicas (intestinales y pulmonares), arritmia o insuficiencia cardíaca, disnea. Otros: náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarreas y artralgias.</li> </ul> <p>Que, además, presente el antecedente de exposición a orina de animales, agua o lodo que pudieran haber estado contaminados por animales infectados.</p>
Confirmado	Caso sospechoso que ha sido confirmado por laboratorio mediante las Técnicas de Micro Aglutinación (MAT); crecimiento de cultivo sospechoso confirmado por pruebas moleculares, validados por LCRSP.

Criterios de laboratorio	<p>Caso sospechoso que ha sido confirmado por laboratorio mediante las Técnicas de Micro Aglutinación (MAT) (aumento en cuatro veces el título de anticuerpos en un intervalo mínimo de 10 días entre la primera y la segunda muestra; considerada como el "Gold Standard") confirmado por pruebas moleculares, validados por LCRSP. Muestras de sangre (3 a 5ml) en tubo con EDTA.</p> <p>Para cultivo y pruebas moleculares las muestras se toman antes del inicio de tratamiento, entre 1-7 días de iniciado los síntomas. Muestra de sangre (3-5 ml) y se conserva entre 4 a 8°C, orina 40ml en envase estéril (14 -28 días) no más de 2h para el envío.</p> <p>Patologías: tomar muestras de tejido (25g) (hígado, riñón, corazón, pulmón, bazo) y enviar en envases separados.</p>
Notificación	<p><b>Obligatoria e inmediata</b></p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se deben actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria de Evento
<b>Investigación</b>	Inmediatamente a partir de caso sospechoso por Equipo de respuesta rápida multidisciplinario.
Formulario para la investigación	Formulario Genérico de Investigación Epidemiológica de Eventos
¿Qué investigar?	<p>Antecedente de exposición a roedores, residencia o visita a regiones endémicas, fuente de infección, factores y actividades recreacionales y/o laborales en áreas con riesgo de infestación por roedores, tanto de especies comensales como silvestres, o por otros reservorios animales. Antecedentes de contacto con agua, alimentos o suelo infectados con orina de animales reservorio o sus tejidos (aguas estancadas, inundaciones, terrenos lodosos, alcantarillas/letrinas/desagües, cultivos de arroz, mataderos entre otros).</p>
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Solo tener precaución con sangre y líquidos corporales del enfermo.
Limpieza y desinfección	Saneamiento básico, limpieza y desinfección de la vivienda o predios involucrados, procediendo a eliminar todas las posibles fuentes de infección.
Quimioprofilaxis	Grupos de alto riesgo con exposición breve. Doxiciclina 200mg semanales mientras dure la exposición. Por corto periodo de tiempo.

Tratamiento	Tratamiento con penicilina G y doxiciclina, Las cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona, cefotaxima) son alternativas a la penicilina. Pueden usarse la ampicilina o amoxicilina como esquemas orales para tratamiento de leptospirosis leve.
Vacunación	<b>No aplica en humanos</b>
Bioseguridad	Medidas universales de bioseguridad. La penicilina G y la Doxiciclina son eficaces para reducir morbilidad.
Manejo de los contactos	Evaluar exposición a animales infectados, identificar aguas que puedan estar contaminadas indicar advertencias, drenarlas de ser posible.
Medidas internacionales	No se considera una emergencia de salud pública internacional.
Otras	Consumo de aguas y alimento de fuentes seguras. Educación sanitaria sobre el riesgo de la enfermedad y medidas para su prevención y control (orientación a los trabajadores en riesgo, consumo de agua potable). Uso de equipo de protección personal para los grupos expuestos (trabajadores agrícolas, mineros, limpiadores de alcantarillados). Disposición de alimentos en envases anti roedores. Vacunación de animales susceptibles.

<b>EVENTO</b>	<b>LINFOGRANULOMA VENÉREO</b> <b>(Linfogranuloma inguinal, bubón climático o tropical, LGV)</b>
Código evento CIE	<b>CIE-9 099.1; CIE-10 A55</b>
Descripción clínica	Infección de transmisión sexual por clamidias que comienza con una pequeña erosión evanescente e indolora, una pápula, un nódulo o una lesión herpetiforme en el pene o en la vulva, a menudo inadvertida también puede causar fiebre, escalofríos, cefalalgia, artralgias y anorexia. Los ganglios linfáticos regionales muestran supuración, seguida por extensión del proceso inflamatorio a los tejidos contiguos y provocar elefantiasis de los genitales. En el hombre se observan bubones inguinales que pueden adherirse a la piel, mostrar fluctuación y culminar con la formación de fístulas. En la mujer el ataque de los ganglios inguinales es menor; la afección se localiza principalmente en los ganglios pelvianos, con extensión al recto y al tabique recto vaginal, de lo cual surge proctitis, estenosis del recto y fístulas. Está enfermedad puede producir gran incapacidad
Agente causal	Chlamydia trachomatis, de inmunotipos L-1, L-2 y L-
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	Es variable, con límites de 3 a 30 días para la lesión primaria; si el bubón es la primera manifestación, de 10 a 30 días y hasta varios meses.
Mecanismo de transmisión	Es de persona a persona mediante el contacto directo con las lesiones abiertas de personas infectadas, durante el transcurso de la relación sexual.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Persona con lesión primaria, papulovesicular en área genital, puede estar acompañada de síntomas generales, sensación dolorosa en región inguinal con adenopatías inguinales dolorosas, fluctuantes con tendencia fístulas. Se le realiza prueba T. pallidum o H. ducreyi con resultado negativa.
Confirmado	Todo caso sospechoso con prueba confirmatoria de infección por Chlamydia Trachomatis.
Criterios de laboratorio	Los dos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aislamiento de Chlamydia trachomatis en una muestra genitourinaria o anal.</li> <li>– Detección de ácido nucleico de Chlamydia trachomatis en una muestra clínica. Y además:</li> <li>– Identificación de la serovariedad (genovariedad) L1, L2, L3.</li> </ul>

<b>Notificación</b>	Es colectiva, semanal Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Formulario de notificación colectiva de eventos de salud pública
<b>Investigación</b>	Formulario genérico de investigación de eventos de notificación obligatoria
Formulario para la investigación	
Qué investigar?	Investigación de contactos y de la fuente de infección: 1-Búsqueda de los contactos sexuales infectados 2-Los contactos recientes de los casos activos confirmados deben ser sometidos a tratamiento específico
<b>Prevención y Control</b>	Medidas generales de promoción de la salud y de educación sexual. Estrategias favorecedoras del sexo seguro: promoción del uso consistente del preservativo. La principal medida en el control de los casos es el diagnóstico y tratamiento precoz, junto con educación sanitaria sobre los síntomas de esta enfermedad y su modo de transmisión. Se deben descartar otras ITS, en particular el VIH. Valorar el estado vacunal de la hepatitis B y vacunar si el caso no está vacunado. Los casos deben evitar las relaciones sexuales hasta que ellos y sus parejas hayan completado el Tratamiento y estén asintomáticos.
Aislamiento	No es necesaria ninguna medida de aislamiento. Deben evitarse las relaciones sexuales hasta que cicatricen las lesiones.
Limpieza y desinfección	Ninguna. Eliminación cuidadosa de los exudados de las lesiones y de los objetos contaminados con ellos.
Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	La tetraciclina y la doxiciclina son eficaces en todas las etapas, incluso la de bubones y la de lesiones ulceradas; Doxiciclina 100 mg oral, dos veces al día durante 21 días. Regímenes Alternativos: - Eritromicina 500 mg oral, cuatro veces al día durante 21 días.
Vacunación	No aplica.
Bioseguridad	Utilización de guante por el personal de salud al examinar al paciente y personal de laboratorio.
Manejo de los contactos	Búsqueda de los contactos sexuales para su evaluación diagnóstica. Se recomienda evaluar

	<p>todas las parejas sexuales en los 60 días precedentes al inicio de síntomas.</p>
Medidas internacionales	<p>N/P</p>
Otras	<p>Asimismo, el plan está en consonancia con la visión, las metas y las líneas estratégicas de acción de las estrategias mundiales del sector de la salud para el VIH y las ITS (2016-2021), de la OMS, que fueron refrendadas por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016, así como con la Estrategia mundial de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes (2016-2030). Se ciñe a los principios de la Estrategia Mundial (2016-2021) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y las ambiciosas metas de la “vía rápida” e incluye las metas “90-90-90” con respecto a la atención y el tratamiento, así como las metas regionales para la prevención en América Latina y Los seres humanos el Caribe que fueron refrendadas en foros regionales realizados en el 2014 y el 2015 en la ciudad de México y en Rio de Janeiro . Por último, refleja la transición de los ODM a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y su ejecución contribuirá al objetivo de poner fin al sida como problema de salud pública, en cumplimiento del ODS</p>

<b>EVENTO</b>	<b>MELIOIDOSIS</b>
<b>Código evento CIE</b>	<b>A24.1 ; A24.2 ; A24.4 ; A24.3</b>
<b>Descripción clínica</b>	<p>Enfermedad bacteriana que afecta a hombres y animales, puede presentarse de muy variadas formas, desde una infección asintomática descubierta tras realizar unos análisis o una radiografía de tórax hasta una sepsis fulminante que suele producir la muerte del paciente. Los principales factores de riesgo son la diabetes, la enfermedad hepática, la enfermedad renal, la talasemia, el cáncer u otra afección inmunosupresora no relacionada con el VIH, uso excesivo de alcohol, enfermedad pulmonar crónica. La melioidosis puede clasificarse como infección aguda o localizada, infección pulmonar aguda, infección aguda del torrente sanguíneo o infección diseminada. Las infecciones subclínicas también son posibles.</p> <p><b>Infección localizada:</b> se presenta como una úlcera, nódulo o absceso cutáneo y puede ser el resultado de la inoculación a través de una ruptura en la piel y puede producir fiebre y dolores musculares en general. La infección puede permanecer localizada o progresar rápidamente a través del torrente sanguíneo.</p> <p><b>Infección pulmonar:</b> esta es la forma más común de presentación de la enfermedad, puede producir desde bronquitis leve a neumonía grave. Se caracteriza por fiebre alta, cefalea, anorexia y mialgia generalizada; dolor torácico con tos no productiva o productiva con esputo normal es el sello distintivo de esta forma de melioidosis. Las lesiones cavitarias se pueden ver en la radiografía de tórax, similar a las observadas en la tuberculosis pulmonar con afectación de lóbulos superiores planteando el diagnóstico diferencial con la tuberculosis, sobre todo cuando cursan con lesiones nodulares y quísticas que acaban uniéndose para formar cavidades mayores.</p> <p><b>Infección del torrente sanguíneo:</b> los pacientes con factores de riesgo subyacentes, como la diabetes y la insuficiencia renal, tienen más probabilidades de desarrollar esta forma de la enfermedad, que generalmente resulta en shock séptico. Los síntomas: fiebre, dolor de cabeza, dificultad respiratoria, malestar abdominal, dolor en las articulaciones, sensibilidad muscular y desorientación. Típicamente, esta es una infección de inicio rápido, y se pueden encontrar abscesos en todo el cuerpo, especialmente en el hígado, el bazo o la próstata.</p>

	<p><b>Infección diseminada:</b> se presenta en la melioidosis aguda o crónica; con formación de abscesos en diversos órganos del cuerpo y puede o no estar asociada con la sepsis, generalmente en hígado, pulmón, bazo y próstata; puede ocurrir también en articulaciones, huesos, vísceras, ganglios linfáticos, piel o cerebro. Los signos y síntomas: fiebre, pérdida de peso, dolor estomacal o de pecho, dolor muscular o articular y dolor de cabeza o convulsiones.</p> <p>La tasa de mortalidad es del 10% a más del 50% (forma sistémica).</p>
<b>Agente causal</b>	Bacteria Burkholderia pseudomallei (antiguamente se llamaba Pseudomonas pseudomallei) Bacilo aeróbico gram-negativo; puede permanecer en estado latente en el organismo durante décadas, se manifiesta cuando el sistema inmunitario del portador se ve afectado por diabetes, insuficiencia renal, cirrosis hepática o sida.
<b>Reservorio</b>	Agua, suelo, ganado ovino, caprino, porcino, equino, roedores, mono, marsupial.
<b>Periodo de incubación</b>	no está claramente definido, pero puede variar de un día a muchos años; generalmente los síntomas aparecen de dos a cuatro semanas después de la exposición.
<b>Mecanismo de transmisión</b>	El microorganismo es un saprofito del suelo, en estanques y arrozales; la infección se produce tras el contacto de tierra o agua contaminada, se cree que los seres humanos y los animales adquieren la infección por, el contacto con el suelo contaminado, especialmente a través de las abrasiones de la piel (heridas o quemaduras); tras la ingestión de agua contaminada (leche materna es raro), y la inhalación de polvo contaminado o gotitas de agua (inhalación de aerosoles o instilación nasal). La transmisión de animales a hombres o entre humanos no está demostrada.
<b>Definición de caso</b>	
<b>Sospechoso</b>	El diagnóstico debe sospecharse en toda persona en una región endémica que: <ul style="list-style-type: none"> <li>- padezca una enfermedad pulmonar aguda,</li> <li>- con lesiones cutáneas poco habituales</li> <li>- imágenes radiológicas sugestivas de tuberculosis, en cuyo esputo no se encuentre el bacilo de la tuberculosis.</li> </ul>
<b>Confirmado</b>	Caso sospechoso más cultivo positivo de Burkholderia pseudomallei y la elevación de anticuerpos contra dicho organismo.
<b>Criterios de laboratorio</b>	Aislamiento de la bacteria en muestras de sangre, orina, esputo, tejido (lesiones cutáneas o abscesos); serología; amplificación de ácidos nucleicos.

	Cultivo positivo de <i>Burkholderia pseudomallei</i> y la elevación de anticuerpos contra dicho organismo.
<b>Notificación</b>	Es individual, caso a caso, obligatoria e inmediata, además de colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG. Los brotes son de notificación e investigación inmediata.
<b>Formulario para la notificación</b>	Individual: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública Brote: Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunciones: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG.
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria e inmediata cuando se trata de un caso, de brote o defunción.
<b>Formulario para la investigación</b>	Individual: Formulario de Investigación Individual Genérico Brote: Formulario de Caracterización del brote.
<b>Qué investigar?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigar los principales factores de riesgo y condiciones médicas como: la diabetes, la enfermedad hepática, la enfermedad renal, la talasemia, el cáncer u otra afección inmunosupresora no relacionada con el VIH, uso excesivo de alcohol, enfermedad pulmonar crónica (fibrosis quística, trastorno pulmonar obstructivo crónico (EPOC) y bronquiectasia)</li> <li>- Fuente de infección (contacto con aguas contaminadas, historia de haber estado en evento natural atmosférico como lluvias muy fuertes, inundaciones, entre otras; trabajo en arrozales o cosechas por fangueo).</li> <li>- Contactos</li> </ul>
<b>Prevención y Control</b>	<p>En áreas donde la enfermedad está diseminada, el contacto con tierra o agua contaminada puede poner a las personas en riesgo de melioidosis por lo que hay que minimizar el riesgo de exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas con heridas abiertas en la piel y las personas con diabetes o enfermedad renal crónica tienen un mayor riesgo de melioidosis y deben evitar el contacto con el suelo y el agua estancada.</li> <li>- Aquellos que realizan trabajos agrícolas deben usar botas, que pueden prevenir la infección a través de los pies y la parte inferior de las piernas.</li> <li>- Los trabajadores de la salud pueden usar las precauciones de contacto estándar (máscara, guantes y bata) para ayudar a prevenir la infección.</li> </ul>

<b>Aislamiento</b>	Para Melioidosis (cualquier tipo) se debe realizar aislamiento hospitalario y utilizar las precauciones universales de transmisión aérea, transmisión por contacto y transmisión por gotas.
<b>Limpieza y desinfección</b>	De acuerdo a las normas establecidas de manejo de limpieza y desinfección para aislamiento hospitalario
<b>Quimioprofilaxis</b>	No
<b>Tratamiento</b>	<p><b>Terapia típica de adultos:</b> Ceftazidima; combinaciones de cloranfenicol, sulfametoxazol / trimetoprim, tetraciclina - según gravedad de la infección</p> <p><b>Terapia típica pediátrica:</b> Ceftazidima; combinaciones de cloranfenicol, sulfametoxazol / trimetoprim, otros antimicrobianos - según gravedad de la infección</p>
<b>Vacunación</b>	No hay vacuna para prevenir la melioidosis
<b>Bioseguridad</b>	Los trabajadores de la salud deben utilizar las precauciones universales de contacto estándar (máscara, guantes y bata) para ayudar a prevenir la infección.
<b>Manejo de los contactos</b>	La transmisión de animales a hombres o entre humanos no está demostrada, sin embargo se debe orientar a los familiares en cuanto a sintomatología y acudir a evaluación por médico y decir que estuvo en contacto con alguien con la enfermedad.
<b>Medidas internacionales</b>	<p>Quienes contraen la melioidosis generalmente entran en contacto con los gérmenes que la causan cuando viajan o viven en un país donde se encuentra de forma natural.</p> <p>Realizar las notificaciones a través del Centro Nacional de Enlace a los puntos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.</p>
<b>Otras</b>	Una razón por la cual las autoridades de salud pública estudian la enfermedad es porque es posible que los gérmenes que causan la melioidosis se usen en un ataque biológico. Un ataque biológico es la liberación intencional de gérmenes que pueden enfermar o matar a personas, ganado o cultivos.

EVENTO	MENINGITIS BACTERIANA
Código evento CIE	<b>G00.1</b>
Descripción clínica	<p>La meningitis bacteriana aguda está causada por una bacteria, es una inflamación de aparición rápida de las capas de tejido que cubren el encéfalo y la médula espinal (meninges) y del espacio que contiene el líquido localizado entre las meninges (espacio subaracnoideo).</p> <p>La meningitis bacteriana es muy grave, dejar secuelas neurológicas e incluso puede ser mortal.</p> <p>Las causas principales de la meningitis bacteriana incluyen: <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Streptococcus del grupo B</i>, <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Listeria monocytogenes</i>.</p> <p>Los síntomas de meningitis incluyen aparición repentina de fiebre, dolor de cabeza y rigidez de cuello. A menudo hay síntomas adicionales, como: náuseas, vómitos, fotofobia (mayor sensibilidad a la luz), estado mental alterado (confusión). En los recién nacidos y lactantes, los síntomas clásicos de meningitis como la fiebre, el dolor de cabeza y la rigidez del cuello pueden estar ausentes o ser difíciles de notar, podrían parecer estar más lentos o inactivos, irritables, tener vómitos o no comer bien, algunos tienen la fontanela inflamada (región blanda en la cabeza del bebé) o reflejos anormales, que también pueden ser signos de meningitis.</p> <p>Los síntomas avanzados de la meningitis bacteriana pueden ser muy graves (por ejemplo, convulsiones, coma).</p>
Agente causal	<p>Las causas comunes de la meningitis bacteriana varían por grupo de edad:</p> <p><b>Grupo de edad/ Causas</b></p> <p><b>Recién nacidos</b> / <i>Estreptococo del grup B</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Listeria monocytogenes</i></p> <p><b>Bebés y niños</b> / <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib)</i>, <i>Estreptococo del grupo B</i></p> <p><b>Adolescentes y adultos jóvenes</b> / <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i></p> <p><b>Adultos mayores</b> / <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib)</i>, <i>estreptococo del grupo B</i>, <i>Listeria monocytogenes</i></p>
Reservorio	Seres humanos
Periodo de incubación	De 3 a 7 días, depende del agente causal

Mecanismo de transmisión	De persona a persona a través de secreciones nasales y de secreciones faríngeas (saliva o esputo) cuando hay un contacto cercano o prolongado (por ejemplo, al toser o besarse), especialmente si las personas viven en el mismo hogar.
Definición de caso Casos sospechoso Casos confirmado	VER ESPECÍFICAS en: Meningitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i> , Meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> , Meningitis por <i>Haemophilus influenzae</i>
Criterios de laboratorio Generales para las meningitis bacterianas	Tan pronto como se sospecha la meningitis bacteriana aguda, se hacen cultivos de sangre y una punción lumbar para el análisis del LCR (a menos que esté contraindicado).  <input type="checkbox"/> Si se sospecha meningitis bacteriana y el paciente está muy grave, se administran antibióticos y corticosteroides inmediatamente, incluso antes de la punción lumbar.  <input type="checkbox"/> Si se sospecha meningitis bacteriana y se debe retrasar la punción lumbar en espera de la TC o la RM, se deben iniciar los antibióticos y los corticosteroides después de obtener los hemocultivos pero antes de efectuar los estudios de diagnóstico por imágenes neurológicas; la necesidad de confirmación no debería retrasar el tratamiento.  Si los hallazgos sugieren la meningitis bacteriana aguda, las pruebas de rutina incluyen: análisis de LCR, hemograma completo y fórmula leucocitaria, panel metabólico, hemocultivos más PCR.  El LCR: recuento de células, proteínas, glucosa, tinción de Gram, cultivo, PCR y otras pruebas según la indicación clínica.  Muestra de sangre: determinar la relación entre la concentración de glucosa en SANGRE:LCR  Los hallazgos típicos en el LCR en la meningitis bacteriana incluyen: aumento de la presión, líquido que a menudo es turbio, leucocitosis (que consiste predominantemente en PMN), nivel alto de proteína, relación glucorraquia: glucemia baja  Un nivel de glucosa en sangre: LCR < 50% sugiere una posible meningitis.  Una concentración de glucosa en LCR de $\leq 18$ mg/dL o una relación de glucosa en LCR: sangre < 0,23 sugiere fuertemente la meningitis bacteriana.

	<p>En la meningitis bacteriana aguda, un nivel elevado de proteínas (por lo general de 100 a 500 mg/dL) indica lesión de la barrera hematoencefálica.</p> <p>Los hallazgos atípicos del LCR pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Normal en etapas tempranas excepto por la presencia de bacterias</li> <li><input type="checkbox"/> Predominio de linfocitos en aproximadamente 14% de los pacientes, sobre todo en neonatos con meningitis por gramnegativos, los pacientes con meningitis por <i>L. monocytogenes</i>, y algunos pacientes con meningitis bacteriana parcialmente tratada</li> <li><input type="checkbox"/> Glucosa normal en aproximadamente el 9% de los pacientes</li> <li><input type="checkbox"/> Recuento de leucocitos normales en pacientes gravemente inmunodeprimidos</li> </ul> <p>La identificación de las bacterias causantes comprende la tinción de Gram, el cultivo y, cuando esté disponible, la PCR. Con la tinción de Gram del LCR es posible la identificación de las bacterias por su aspecto microscópico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diplococos gram negativo intra o extra celular (meningococo, <i>Neisseria</i> spp).</li> <li><input type="checkbox"/> Cocobacilos gram negativo (Hi)</li> <li><input type="checkbox"/> Diplococos gram positivo lanceolados (neumococo)</li> <li><input type="checkbox"/> Otras</li> </ul>
Notificación	<p>Todas las meningitis bacterianas, se notifican de manera individual, caso a caso, obligatoria e inmediata, además de colectiva semanal.</p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG.</p> <p>Los brotes son de notificación e investigación inmediata.</p>
Formulario para la notificación	<p><b>Individual:</b> Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública</p> <p><b>Brote:</b> Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología.</p> <p><b>Defunciones:</b> Formulario de Notificación de Defunciones.</p> <p><b>SISVIG.</b></p>
Investigación	<p>La investigación es obligatoria e inmediata cuando se trata de un caso, de brote o defunción.</p>
Formulario para la investigación	<p><b>Individual:</b> Formulario de Investigación Individual Genérico</p>

	<b>Brote:</b> Formulario de Caracterización del brote.
Qué investigar?	Contactos y fuente de infección, historia vacunal sobre todo si son menores de edad.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Está indicado en la sospecha de Meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> y por <i>Haemophylus influenzae</i> .
Limpieza y desinfección	Es concurrente de las secreciones nasofaríngeas y los objetos contaminados
Quimioprofilaxis*	Está indicado en la sospecha de Meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> y por <i>Haemophylus influenzae</i> . A las personas que tienen un contacto cara a cara prolongado con el paciente (p. ej., los contactos domésticos o de guarderías, el personal médico y otras personas que están expuestas a las secreciones orales del paciente) deben recibir quimioprofilaxis postexposición.
Tratamiento*	Antibióticos y corticosteroides para disminuir la inflamación y el edema cerebral
Vacunación*	Si hay vacuna, se recomienda la vacuna (según norma de PAI) CONTRA EL Neumococo en grupos de alto riesgo para evitar la enfermedad invasiva
Bioseguridad	Los trabajadores de la salud (cualquier tipo) deben utilizar las precauciones universales de contacto estándar (máscara, guantes y bata) para ayudar a prevenir la infección.
Manejo de los contactos	Está indicado en la sospecha de Meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> y por <i>Haemophylus influenzae</i> .
Medidas internacionales	Aplicar ANEXO II del RSI, si cumple criterios, realizar las notificaciones a través del Centro Nacional de Enlace a los puntos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.
Otras	VER ESPECÍFICAS en Meningitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i> ,  Meningitis por <i>Neisseria meningitidis</i> , Meningitis por <i>Haemophylus influenzae</i>

EVENTO	MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (Spn)
Código evento CIE	<b>G00.1 , G00.2</b>
Descripción clínica	<p>El <i>Streptococcus pneumoniae</i> (neumococo) es un diplococo gran positivo con forma de lanceta. Se han identificado 90 serotipos de neumococos. Algunos serotipos se observan principalmente prevalentes en los adultos; otros son más prevalentes en los niños. Los serotipos de los grupos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F producen la mayoría de las infecciones neumocócicas invasoras infantiles en los Estados Unidos. Los serotipos 6B, 9V, 14 19<sup>a</sup>, 19F y 23F son los aislamientos más frecuentes en adultos asociados con la resistencia a la penicilina.</p> <p>Las infecciones neumocócicas son más prevalentes en la época del año en que las infecciones virales de las vías aéreas son más frecuentes, habitualmente, durante los meses de invierno.</p>
Agente causal	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
Reservorio	Los seres humanos. A menudo se encuentran neumococos en las vías respiratorias superiores de personas sanas. El estado de portador es más común en los niños que en los adultos.
Periodo de incubación	se desconoce probablemente sea breve de dos a 4 días
Mecanismo de transmisión	De persona a persona a través de secreciones nasales y de secreciones faríngeas.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Fiebre (> 38.5 °C), vomito, letargia, e irritación meníngea, en lactantes abultamiento en fontanela, rigidez de nuca y la espalda en niños mayores. Estupor progresivo o coma. En ocasiones fiebre leve durante varios días con síntomas más sutiles del sistema nervioso central.
Confirmado	Todo caso sospechoso de meningitis bacteriana en el cual se aísla <i>Streptococcus pneumoniae</i> (Spn), mediante aglutinación en látex u otra prueba confirmatoria en LCR, o en sangre o por hallazgo anatomopatológico.
Criterios de laboratorio	<p>En el líquido cefalorraquídeo se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> pleocitosis (generalmente por linfocitos mononucleares, a veces por polimorfonucleares en etapas incipientes)</li> <li><input type="checkbox"/> aumento de las proteínas</li> <li><input type="checkbox"/> concentración de glucosa normal</li> <li><input type="checkbox"/> ausencia de bacterias</li> </ul> <p>Se puede reconocer el agente específico por técnicas serológicas y de aislamiento.</p>

	<p>En las fases iniciales se pueden aislar los virus en muestras lavado faríngeo y de heces.</p> <p>En el LCR (y en heces en caso de enterovirus) se realiza diagnóstico rápido mediante reacción en cadena de la polimerasa.</p> <p>Además pueden ser detectados los agentes en líquido cefalorraquídeo y en sangre por técnicas de cultivo celular y de inoculación en animales.</p>
<b>Notificación</b>	<p>Es individual, caso a caso, obligatoria e inmediata, además de colectiva semanal.</p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG.</p> <p>Los brotes son de notificación e investigación inmediata.</p>
Formulario para la notificación	<p><b>Individual:</b> Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública</p> <p><b>Brote:</b> Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología.</p> <p><b>Defunciones:</b> Formulario de Notificación de Defunciones.</p> <p><b>SISVIG.</b></p>
<b>Investigación</b>	<p>La investigación es obligatoria e inmediata cuando se trata de un caso, de brote o defunción.</p>
Formulario para la investigación	<p><b>Individual:</b> Formulario de Investigación Individual Genérico</p> <p><b>Brote:</b> Formulario de Caracterización del brote.</p>
Qué investigar?	<p>Contactos y fuente de infección, historia vacunal sobre todo si son menores de edad.</p>
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	<p>Manejo conservador de los casos</p> <p>Divulgar la situación en el área afectada para evitar las aglomeraciones innecesarias.</p> <p>Cierre de los parvularios y COIF, no el resto de los colegios y escuelas en las localidades con brotes y/o epidemias</p>
Limpieza y desinfección	<p>Con el Medio: Saneamiento del ambiente, eliminar la fuente de la infección, no se necesitan precauciones especiales más allá de las prácticas sanitarias corrientes.</p>
Quimioprofilaxis	<p>Para esta enfermedad no existe tratamiento específico, ni vacuna</p>
Tratamiento	<p>Manejo conservador de los casos. La mayoría de los pacientes se recuperan por sí solos y su tratamiento requiere de reposo en cama, administración de abundante líquido y medicamentos para aliviar la fiebre y el dolor de cabeza. Uso de antibióticos sólo según las normas de atención.</p>

Vacunación	No existe vacuna
Bioseguridad	Fortalecer las medidas universales de prevención específicamente el lavado de las manos.
Manejo de los contactos	Con los Susceptibles o Contactos: investigar la fuente de infección. Indicar las precauciones de tipo entérico durante 7 días después del inicio del cuadro, salvo que se confirme que no se debe a enterovirus.
Medidas internacionales	Fortalecer las medidas universales de prevención específicamente el lavado de las manos
Otras	<p>Se le reitera a la comunidad en general, al igual que al personal que labora en centros escolares y parvularios, que continúen cumpliendo estrictamente con las medidas de prevención y control como son:</p> <p>Lavado de manos con agua y jabón después de ir al baño</p> <p>Lavado de los alimentos y utensilios de cocina</p> <p>Lavado frecuente de los juguetes en las guarderías</p> <p>A las madres ó personas con lactantes, insistir en el cuidado al cambiar los pañales y darle las indicaciones de lavado de manos con agua y jabón luego del cambio de pañales</p> <p>Evite las aglomeraciones.</p>

<b>EVENTO</b>	<b>MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE</b>
<b>Código evento CIE</b>	<b>G00.0</b>
<b>Descripción clínica</b>	Meningitis por <i>H. influenzae</i> es una infección bacteriana de las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal (meninges).
<b>Agente causal</b>	Bacteria <i>Haemophilus influenzae</i>
<b>Reservorio</b>	Seres humanos
<b>Periodo de incubación</b>	El periodo de incubación se desconoce con exactitud, aunque se estima que pueden transcurrir entre dos y cuatro días.
<b>Mecanismo de transmisión</b>	De persona a persona a través de secreciones nasales y de secreciones faríngeas (saliva o esputo) cuando hay un contacto cercano o prolongado (por ejemplo, al toser o besarse), especialmente si las personas viven en el mismo hogar.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Paciente con fiebre, vómito, letargias, fatiga e irritación meníngea, en lactantes abultamiento en fontanelas, rigidez de la nuca y la espalda en niños mayores. Estupor progresivo o coma. En ocasiones fiebre leve durante varios días con síntomas más sutiles del sistema nervioso central. El líquido cefalorraquídeo con turbidez, la presencia de microorganismo mediante la tinción de Gram o resultado cito químico indicativo de meningitis bacteriana.
Confirmado	Todo caso sospechoso en el cual se aísle <i>H. influenzae</i> tipo b mediante cultivo positivo o prueba de aglutinación en latex u otra prueba confirmatoria por <i>H. influenzae</i> tipo b en L.C.R. o en sangre o por hallazgo anatomopatológico.
<b>Criterios de laboratorio</b>	<input type="checkbox"/> El líquido cefalorraquídeo con turbidez, la presencia de microorganismo mediante la tinción de Gram o resultado cito químico indicativo de meningitis bacteriana, evidencia del LCR de Pleocitosis polimorfonuclear (usualmente > 500-1000 leu/mm <sup>3</sup> ). Hipoglucorraquia (< 40 mg/ml) Hiperproteíorraquia (> 100 mg/ml). <input type="checkbox"/> Aislamiento de <i>H. influenzae</i> tipo b mediante cultivo positivo o prueba de aglutinación en latex u otra prueba confirmatoria por <i>H. influenzae</i> tipo b en L.C.R. o en sangre o por hallazgo anatomopatológico.
<b>Notificación</b>	Se notifica de manera individual, caso a caso, obligatoria e inmediata, además de colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG.

	Los brotes son de notificación e investigación inmediata.
Formulario para la notificación	<p><b>Individual:</b> Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública</p> <p><b>Brote:</b> Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología.</p> <p><b>Defunciones:</b> Formulario de Notificación de Defunciones.</p> <p><b>SISVIG.</b></p>
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria e inmediata cuando se trata de un caso, de brote o defunción.
Formulario para la investigación	<p><b>Individual:</b> Formulario de Investigación Individual Genérico</p> <p><b>Brote:</b> Formulario de Caracterización del brote.</p>
Qué investigar?	Los contactos y de la fuente de infección. Búsqueda de sintomáticos en contactos menores de 6 años, especialmente los lactantes y fuente de infección, historia vacunal sobre todo si son menores de edad.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Aislamiento respiratorio por 24 horas, después de iniciado el tratamiento.
Limpieza y desinfección	Lavado de manos, higiene en el hogar, de secreciones nasofaríngeas y los objetos contaminados
Quimioprofilaxis*	<p>A todos los contactos del hogar incluidos los adultos cuando existan niños menores de 4 años además del paciente en el grupo familiar (exceptuando las embarazadas), a personal y niños en las guarderías, cuando surge un caso además del índice, en dicho grupo en los últimos 60 días, sobre todo si hay niños menores de 2 años de edad no inmunizados o incompletamente inmunizados, personal de salud que tenga contacto directo, sin protección, con secreciones o fluidos corporales del paciente solamente si convive con niños menores de 4 años de edad, inadecuadamente inmunizados. Si todos los niños menores de 4 años han sido adecuadamente inmunizados la administración profiláctica de rifampicina no será necesaria. Rifampicina 20 mgs/Kg vía oral una vez al día durante 4 días (dosis máxima 600 mg por día). En neonatos se recomienda utilizar dosis diarias de 10 mg/kg. Embarazadas, Ceftriaxona 250 mg, una sola dosis IM, solamente si tienen niños menores de 4 años en el núcleo familiar.</p> <p>Además de quimioprofilaxis, se recomienda en los niños no inmunizados o incompletamente inmunizados, que se aplique la dosis de vacuna correspondiente según las normas del PAI.</p>

Tratamiento*	<p>La enfermedad deja de ser transmisible a las 24-48 horas siguientes de establecido un tratamiento eficaz con antibióticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ampicilina a razón de 200 a 400 mg/kg de peso al día, Ceftriaxona, Cefotaxima o Cloranfenicol en forma combinada o sola hasta que se conozca la sensibilidad del microorganismo a los antibióticos.</li> <li><input type="checkbox"/> Recibir Rifampicina antes de salida del Hospital para asegurar la eliminación del microorganismo</li> </ul>
Vacunación*	Vacunar a todos los niños desde los 2 meses de edad. Después de 3 dosis requieren un refuerzo entre los 12 y los 15 meses de edad. La inmunización no se recomienda sistemáticamente en niños mayores de 5 años.
Bioseguridad	Los trabajadores de la salud (cualquier tipo) deben utilizar las precauciones universales de contacto estándar (máscara, guantes y bata) para ayudar a prevenir la infección.
Manejo de los contactos	Quimioprofilaxis está indicada en la sospecha de Meningitis por <i>Haemophilus influenzae</i> .
Medidas internacionales	Aplicar ANEXO II del RSI, si cumple criterios, realizar las notificaciones a través del Centro Nacional de Enlace a los puntos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.
<b>Otras</b>	Orientar a los padres respecto al riesgo de que se produzcan otros casos en el hogar, en especial en los niños pequeños

<b>EVENTO</b>	<b>MENINGITIS VIRAL</b>
<b>Código evento CIE</b>	<b>A87.0, A87.1, G03.0</b>
<b>Descripción clínica</b>	<p>La meningitis es la inflamación del tejido delgado que rodea el cerebro y la médula espinal, llamada meninge. Existen varios tipos de meningitis. La más común es la meningitis viral (puede ser causada por muy diversos virus), ocurre cuando un virus penetra el organismo a través de la nariz o la boca y se traslada al cerebro, rara vez es grave.</p> <p>Se caracteriza por cuadro febril de comienzo repentino, con signos y síntomas de afección meníngea.</p> <p>Algunos tipos de meningitis viral, causados por virus ECHO y Coxsackie se caracterizan por un exantema similar al de la rubéola; también pueden presentarse vesículas y erupciones petequiales.</p> <p>El cuadro agudo rara vez dura más de 10 días. Pueden aparecer parestesias transitorias y manifestaciones encefálicas; la parálisis es muy rara.</p> <p>Entre las secuelas, persisten por un año o más, se encuentran la debilidad, los espasmos musculares, el insomnio y cambios de la personalidad. El restablecimiento suele ser completo. Las infecciones por enterovirus pueden acompañarse de síntomas digestivos y respiratorios</p>
<b>Agente causal</b>	<p><b>Casos frecuentes:</b> enterovirus (picornavirus), virus Coxsackie del grupo B tipos 1 a 6, los virus ECHO tipos 2, 5, 6, 7, 9 (la mayor parte), 10, 11, 14, 18 y 30, y el enterovirus 71; la Parotiditis 25% en los no inmunizados; las Leptospiras 20% de casos de meningitis aséptica en algunas zonas.</p> <p><b>Casos esporádicos:</b> virus Coxsackie del grupo A tipos 2, 3, 4, 7, 9 Y 10; los arbovirus, los virus del sarampión, del herpes simple, de la varicela y de la coriomeningitis linfocítica, y los adenovirus entre otros.</p> <p>La incidencia de determinados tipos de virus varía según la ubicación geográfica y la época del año.</p>
<b>Reservorio</b>	Varía según el agente infeccioso
<b>Periodo de incubación</b>	Varía según el agente infeccioso
<b>Mecanismo de transmisión</b>	Varía según el agente infeccioso
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Fiebre súbita (> 38.5 °C), con signos y síntomas de afección meníngea (dolor de cabeza fuerte, rigidez en el cuello, náuseas o vómitos).

Confirmado	<p>Todo caso sospechoso con hallazgos físicos, químicos o etiológico en el LCR que indican infección de las meninges. De ser posible debe indicarse el agente específico.</p>
<b>Criterios de laboratorio</b>	<p>En el líquido cefalorraquídeo se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> pleocitosis (generalmente por linfocitos mononucleares, a veces por polimorfonucleares en etapas incipientes)</li> <li><input type="checkbox"/> aumento de las proteínas</li> <li><input type="checkbox"/> concentración de glucosa normal</li> <li><input type="checkbox"/> ausencia de bacterias</li> </ul> <p>Se puede reconocer el agente específico por técnicas serológicas y de aislamiento.</p> <p>En las fases iniciales se pueden aislar los virus en muestras lavado faríngeo y de heces.</p> <p>En el LCR (y en heces en caso de enterovirus) se realiza diagnóstico rápido mediante reacción en cadena de la polimerasa.</p> <p>Además pueden ser detectados los agentes en líquido cefalorraquídeo y en sangre por técnicas de cultivo celular y de inoculación en animales.</p>
<b>Notificación</b>	<p>Es individual, caso a caso, obligatoria e inmediata, además de colectiva semanal.</p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG.</p> <p>Los brotes son de notificación e investigación inmediata.</p>
Formulario para la notificación	<p><b>Individual:</b> Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública</p> <p><b>Brote:</b> Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología.</p> <p><b>Defunciones:</b> Formulario de Notificación de Defunciones.</p> <p><b>SISVIG.</b></p>
<b>Investigación</b>	<p>La investigación es obligatoria e inmediata cuando se trata de un caso, de brote o defunción.</p>
Formulario para la investigación	<p><b>Individual:</b> Formulario de Investigación Individual Genérico</p> <p><b>Brote:</b> Formulario de Caracterización del brote.</p>
Qué investigar?	<p>La investigación de los contactos y fuente de infección por lo regular no está indicada.</p>
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	<p>El diagnóstico Manejo conservador de los casos</p> <p>Divulgar la situación en el área afectada para evitar las aglomeraciones innecesarias.</p> <p>Cierre de los parvularios y COIF, no el resto de los colegios y escuelas en las localidades con</p>

	brotes y/o epidemias
Limpieza y desinfección	No se necesitan precauciones especiales más allá de las prácticas sanitarias corrientes.
Quimioprofilaxis	Para esta enfermedad no existe tratamiento específico, ni vacuna
Tratamiento	Están indicadas las precauciones de tipo entérico durante siete días después del inicio del cuadro, salvo que se confirme que no se debe a enterovirus. En meningitis por virus del herpes simple, puede administrarse Aciclovir.
Vacunación	No existe vacuna
Bioseguridad	Fortalecer las medidas universales de prevención específicamente el lavado de las manos.
Manejo de los contactos	Con los Susceptibles o Contactos: La investigación de los contactos y fuente de infección por lo regular no está indicada. Indicar las precauciones de tipo entérico durante 7 días después del inicio del cuadro, salvo que se confirme que no se debe a enterovirus.
Medidas internacionales	Fortalecer las medidas universales de prevención específicamente el lavado de las manos
Otras	A la comunidad en general, al igual que al personal que labora en centros escolares y parvularios, cumplir estrictamente con las medidas de prevención y control como son: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lavado de manos con agua y jabón después de ir al baño</li> <li><input type="checkbox"/> Lavado de los alimentos y utensilios de cocina</li> <li><input type="checkbox"/> Lavado frecuente de los juguetes en las guarderías</li> <li><input type="checkbox"/> A las madres ó personas con lactantes, insistir en el cuidado al cambiar los pañales y darle las indicaciones de lavado de manos con agua y jabón luego del cambio de pañales</li> <li><input type="checkbox"/> Evitar las aglomeraciones</li> </ul>

EVENTO	MORTALIDAD MATERNA (MM)
Código CIE-10	O00-O08; O10-O16; O20-O29; O30-O48; O60-O75; O80-O84; O85-O92; O.95-O99
Descripción clínica	<p>La muerte materna es un grave problema de salud pública. Clínicamente se clasifica según su causa en:</p> <p><b>Causa directa</b> a aquellas generadas como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio o por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones o por la conjugación de éstos.</p> <p><b>Causa Indirecta</b> a aquellas generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el transcurso del embarazo y que, sin estar relacionados con éste, provocan la muerte al ser agravados por el efecto fisiológico del embarazo.</p>
Agente causal Reservorio P. Incubación Mecanismo Transmisión	No aplica No aplica No aplica No aplica
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Toda muerte de una mujer en edad fértil, con historia de haber estado embarazada hasta un año antes de su fallecimiento.
Confirmado	<p>Toda muerte de una mujer en edad fértil, en la que la investigación determinó que fue causada directa o indirectamente, por embarazo, parto, sus complicaciones o su manejo, cuya muerte ocurrió hasta un año después del evento obstétrico.</p> <p>Toda muerte de una mujer en edad fértil, con historia de haber estado embarazada en los 42 días antes de su fallecimiento y cuya muerte no pudo ser investigada.</p>
Criterios de laboratorio	<input type="checkbox"/> Dependiendo del diagnóstico y según norma de atención
<b>Notificación</b>	<p>La notificación de muerte materna es obligatoria, individual e inmediata.</p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG.</p>
Formulario para la notificación	Formulario individual de vigilancia de la mortalidad-VIGMOR

<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria y mediata.
Formulario para la investigación	Por ser este un evento regulado por otra norma (la del Programa de Salud Integral de la Mujer), la responsabilidad de la investigación es del Programa; epidemiología apoyará las acciones de investigación de ser necesario; recibirá del responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) las investigaciones de MM, quienes utilizarán el Formulario de Auditoría de Muerte Materna (AMM) en caso de MM intrahospitalaria y el Formulario de Autopsia Verbal (AVMM) para aquellas que ocurran fuera del hospital (trayecto, domicilio).
Qué investigar?	Información biológica y médica asociada a la MM ocurrida en una instalación de salud e información del entorno socio-económico y cultural de la occisa.
<b>Prevención y Control</b>	Las medidas deben ser dirigidas a mejorar la cobertura de control prenatal, mantener alta cobertura de atención profesional del parto y brindar apoyo comunitario en las áreas más apartadas con la instalación de albergues entre otras.
Aislamiento	No aplica
Limpieza y desinfección	No aplica
Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	No aplica
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	No aplica
Manejo de los contactos	No aplica
Medidas internacionales	No aplica
Otras	Medidas de Prevención inherentes a atención: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cuidado obstétrico.</li> <li><input type="checkbox"/> Atención calificada del parto.</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a planificación familiar.</li> <li><input type="checkbox"/> Mejorar la calidad de los servicios de salud mediante educación continuada sobre actualización básica en obstetricia y neonatología</li> </ul>

<b>EVENTO</b>	<b>MORTALIDAD PERINATAL (MP)</b>
CIE-10	P95.x + múltiples códigos
Descripción clínica	<p>La mortalidad perinatal comprende la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida.</p> <p>La MP es un indicador de impacto importante que puede ser usado a nivel nacional y global y a nivel local si la población es suficientemente grande. Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil.</p>
Agente causal	Infeccioso, mecánico, co-morbilidades
Reservorio	No aplica
P. Incubación	No aplica
Mecanismo de transmisión	No aplica
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	No aplica
Confirmado	Toda muerte fetal de 28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal ocurrida en los primeros 7 días.
Criterios de laboratorio	Dependiendo del diagnóstico y según norma de atención
<b>Notificación</b>	<p>La notificación de muerte perinatal es obligatoria, individual y semanal.</p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG.</p>
Formulario para la notificación	Formulario individual de vigilancia de la mortalidad-VIGMOR
<b>Investigación</b>	<p>La investigación es obligatoria y mediata.</p> <p>Responsabilidad de los Programas (SSyR, y SI de Niñez) a través de la Comisión de MMyP.</p> <p>Epidemiología apoyará las acciones de investigación de ser necesario. (Art. 36/Dec. 1617)</p>
Formulario para la investigación	<p>Formulario de Auditoría de Muerte Perinatal (AMP) por la Comisión Institucional o Regional si la muerte se dio en una instalación de salud y si fue en la comunidad, al nivel local le corresponde.</p> <p>Epidemiología recibirá la información sobre la investigación de MP realizada por la Comisión.</p>
Qué investigar?	Información biológica y médica asociada a la MP ocurrida en una instalación de salud.

<b>Prevención y Control</b>	Las medidas deben ser dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de atención materna y perinatal, mantener altas coberturas de partos institucionales con calidad y brindar apoyo comunitario para procurar el acceso oportuno en las áreas más apartadas, con la instalación de albergues entre otras.
Aislamiento	No aplica
Limpieza y desinfección	No aplica
Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	No aplica
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	No aplica
Manejo de los contactos	No aplica
Medidas internacionales	No aplica
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>MORTALIDAD INFANTIL (MI)</b>
Código CIE-10	Múltiples códigos
Descripción clínica	<p>La mortalidad infantil, es una variable demográfica que indica el número de niños menores de un año de edad fallecidos a lo largo de un período de tiempo determinado.</p> <p>En Panamá, la mortalidad infantil se ha concentrado en el período neonatal mientras que la del post neonatal no ha variado. Las causas según área de residencia muestra diferencias importantes, siendo prevalentes las enfermedades diarreicas y respiratorias en las áreas indígenas y rurales, mientras que las enfermedades propias del período perinatal y las malformaciones congénitas prevalecen en las áreas urbanas. A menudo, la tasa de MI se usa como un indicador del nivel de salud de un país.</p>
Agente causal	Infecioso, mecánico, congénito
Reservorio	No aplica
P. Incubación	No aplica
Mecanismo de Transmisión	No aplica
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	No aplica
Confirmado	Toda muerte de un niño antes de cumplir el primer año de vida (<365 días). e incluye las muertes neonatales ocurrida en los primeros 28 días.
Criterios de laboratorio	<input type="checkbox"/> Dependiendo del diagnóstico y según norma de atención
<b>Notificación</b>	La notificación es obligatoria, individual y semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG.
Formulario para la notificación	Formulario individual de vigilancia de la mortalidad-VIGMOR
<b>Investigación</b>	<p>La investigación es obligatoria y mediata.</p> <p>La investigación es responsabilidad del Programa de Salud Integral de Niñez</p> <p>Epidemiología apoyará las acciones de investigación de ser necesario. (Art. 36/Dec. 1617)</p>
Formulario para la investigación	Formulario de Auditoría de Muerte Infantil (AMI)
¿Qué investigar?	Información biológica y médica asociada a la muerte infantil. Factores determinantes

<b>Prevención y Control</b>	Las medidas deben ser dirigidas a mejorar las coberturas de control del niño, mantener altas coberturas de vacunación y brindar apoyo comunitario en las áreas más apartadas.
Aislamiento	No aplica
Limpieza y desinfección	No aplica
Quimioprofilaxis	No aplica
Tratamiento	No aplica
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	No aplica
Manejo de los contactos	No aplica
Medidas internacionales	No aplica
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>MALARIA</b>
Código evento CIE	<b>(B50-B64)</b>
Descripción clínica	<p>La enfermedad puede comenzar con malestar indefinido, aumento rápido de la temperatura, seguido por escalofríos, que por lo general se acompañan de dolores de cabeza (cefalea), y ocasionalmente náusea, vómitos y diarrea. Normalmente la fiebre y escalofríos terminan con una sudoración profusa.</p> <p>La forma más grave de la malaria es por <i>Plasmodium falciparum</i> (terciana maligna), puede mostrar un cuadro clínico muy variado que incluye fiebre intermitente, escalofríos, sudoración, cefalea y evoluciona con ictericia, trastornos de la coagulación, insuficiencia renal y/o hepática, encefalopatía aguda shock, coma y muerte.</p>
Agente causal	Parásito: <i>Plasmodium</i> ( <i>vivax</i> , <i>falciparum</i> , <i>malariae</i> , <i>ovale</i> o <i>knwolesi</i> ). Este último es una especie que en la naturaleza se encuentra infectando a algunos grupos de primates (las infecciones a humanos se consideraban sucesos muy raros).
Reservorio	El humano
Periodo de incubación	9 a 14 <i>P. falciparum</i> 12 a 18 días <i>P. vivax</i> y <i>P. ovale</i> 18 a 40 días <i>P. malariae</i>
Mecanismo de transmisión	Vectorial: picadura del mosquito hembra <i>Anopheles</i> .
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Persona que presenta episodio febril actual (1-3 días) o reciente (4-30 días), con periodos intermitentes de escalofríos y sudoración, residente o procedente de áreas endémicas de malaria.
Confirmado	Casos sospecho de malaria cuya infección se ha confirmado mediante examen microscópico y recuento parasitario u otras técnicas de laboratorio (ejemplo: biología molecular) para identificación de las especies de <i>Plasmodium</i> en cualquiera de las formas: Trofozoitos, Esquizontes y Gametocitos.
Criterios de laboratorio	Identificación del parásito por pruebas moleculares (pruebas rápidas) y microscopia (gota gruesa).
<b>Notificación</b>	Caso, brote o defunción, es de notificación obligatoria, inmediata e individual. Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.

Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Malaria, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: Formulario de investigación de malaria. Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.
Qué investigar?	Fuente de infección, factores de riesgo y procedencia del caso; los contactos, presencia de sintomáticos en la vivienda y en el perifoco.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Los casos sospechosos deben estar bajo mosquiteros.
Limpieza y desinfección	No aplica
Quimioprofilaxis	Ninguna
Tratamiento	Antimálaricos de acuerdo a procedencia del caso.
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	No aplica
Manejo de los contactos	Búsqueda y toma de muestra a casos con similar sintomatología.
Medidas internacionales	Notificación de caso importado al CNE. Rociado a las barcasas en el área de Guna Yala
Otras	Vigilancia entomológica, educación comunitaria con participación social, control físico, control químico y control legal.

<b>EVENTO</b>	<b><i>POLIOMIELITIS Y PARALISIS FLACIDA AGUDA (PFA) EN MENORES DE 15 AÑOS</i></b>
Código evento CIE	<b><i>(CIE 10: A80.1, A80.2, A80.3, A80.4, G83.9)</i></b>
<b>Descripción clínica</b>	<p>Generalmente la parálisis es flácida (los músculos no presentan rigidez ni espasmos), las piernas se ven más afectadas que los brazos, y los grupos de músculos grandes corren más riesgo que los pequeños. Los músculos proximales tienden a sufrir más daño que los distales.</p> <p>La parálisis se instala de manera brusca, por lo general en menos de cuatro días. Su inicio regularmente va acompañado de fiebre. Es precedida por síntomas de una enfermedad leve, como dolor de garganta, cefalea, dolor de espalda, fiebre, vómitos, entre otras. Los pacientes suelen tener dificultad para permanecer de pie y caminar. La parálisis suele ser asimétrica (no afecta a ambos lados por igual), aunque puede producirse parálisis de cualquier combinación de extremidades, lo más común es que se vea afectada sólo una pierna y con menor frecuencia, un brazo únicamente. Es menos común que se dañen ambas piernas o ambos brazos. La cuadriplejía es rara en los lactantes. La mayoría de los pacientes experimenta escasa o nula pérdida sensorial (por ejemplo, sienten un pinchazo), signo difícil de determinar en los niños. Las secuelas suelen persistir más de 60 días después del inicio. La letalidad varía entre 2% y 20% en las personas que contraen la forma paralítica de la enfermedad. Sin embargo, si la poliomiелitis afecta al bulbo raquídeo o al sistema respiratorio, la tasa de letalidad puede ascender al 40%. La mayoría de las muertes se producen dentro de la primera semana de iniciada la parálisis.</p>
Agente causal	El poliovirus es un enterovirus que se divide en tres tipos antigénicos: 1, 2 y 3
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	Es de 7 a 21 días (con un mínimo de 4 y un máximo de 40).
<b>Mecanismo de transmisión</b>	La vía fecal-oral es muy común en los países con saneamiento deficiente, mientras que la transmisión orofaríngea es más frecuente en las naciones industrializadas y también durante los brotes
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<b><i>Toda persona menor de 15 años de edad</i></b> que presente parálisis flácida aguda, la cual se caracteriza por pérdida de la fuerza muscular (parálisis), disminución o ausencia de tono muscular (hipo o atonía), disminución o ausencia de reflejos (hipo o arreflexia) por cualquier razón, excepto traumatismo grave, o

	<p><b>Toda persona de cualquier edad</b> en la que se sospeche poliomielitis; según las siguientes características: paciente con fiebre al inicio de la parálisis la cual es asimétrica, con sensibilidad conservada, reflejos osteotendinosos disminuidos o abolidos que se instala en forma brusca en menos de cuatro días aproximadamente y tiene antecedente de contacto con caso confirmado de poliomielitis o viaje a zona endémica.</p>
Confirmado	<p><b>Caso confirmado de poliomielitis:</b> Enfermedad paralítica flácida aguda en la cual hay aislamiento de polio virus salvaje o de poliovirus derivado de la vacuna circulante (cVDPV), con parálisis residual o sin ella.</p> <p><b>Caso confirmado de poliomielitis asociado a la vacuna:</b> Enfermedad paralítica aguda cuyo origen se atribuye al virus de la vacuna. Los casos asociados a la vacuna deben separarse de los casos de poliomielitis por virus salvaje o por virus derivado circulante. Para clasificar un caso como asociado a la vacuna han de reunirse los siguientes requisitos: tratarse de un caso clínico típico de poliomielitis (incluidas las secuelas); haber recibido la VPO entre cuatro y 40 días antes del comienzo de la parálisis haberse aislado el virus vacunal de la muestra de heces; y la dosis implicada debe ser, de preferencia, la primera que recibe.</p>
Criterios de laboratorio	<p><b>El aislamiento viral y las pruebas moleculares son los métodos para confirmar la presencia de los virus.</b></p>
Notificación	<p>La PFA en &lt; de 15 años y la Poliomielitis, caso, brote o defunción, es de notificación individual inmediata y colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG, se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
Formulario para la notificación	<p>Caso: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SIGVIG-Notificación Individual y/o el Formulario de Investigación de casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menor de 15 años, o Poliomielitis y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS. Brote: Formulario de notificación obligatoria de brote de cualquier etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR</p>
Investigación	<p>Es obligatoria e inmediata (&lt; de 48 horas)</p>

Formulario para la investigación	Caso: Formulario de Investigación de casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menor de 15 años, o Poliomieltis y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS. Brote: Formulario para la Caracterización del Brote
Qué investigar?	Fuente de infección, antecedentes de vacunación del caso, de sus contactos y del perifoco, factores de riesgo, casos similares, A cada caso se le debe hacer un seguimiento a los 60 días de iniciada la parálisis en donde se establezca si hay parálisis residual compatible con polio y la presencia de atrofia.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	En el hospital deben tomarse las precauciones de tipo entérico (bata, guantes desechables).
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente: limpieza al momento en que se contamina una superficie, equipo o materiales que estén en contacto directo o indirecto con las secreciones faríngeas y las heces del paciente mientras se encuentra hospitalizado y entre la atención de un paciente y otro.
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	No existe tratamiento específico para la Poliomieltis
Vacunación	Según esquema nacional de vacunación
Bioseguridad	Precauciones estándares más precauciones de tipo entérico, vacunación a funcionario de salud.
Manejo de los contactos	Todos los contactos cercanos deben ser evaluados para detectar signos y síntomas compatibles con la Poliomieltis.
Medidas internacionales	Los viajeros internacionales que visiten zonas donde se registren infecciones deben ser vacunados adecuadamente. Notificación inmediata a OPS/OMS en caso de hallazgo positivo de cualquier tipo de muestra.
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>PAROTIDITIS INFECCIOSA</b>
Código evento CIE	<b>(B26.1, 2, 3,8y9)</b>
<b>Descripción clínica</b>	Enfermedad vírica aguda que se caracteriza por fiebre, aumento de volumen y dolor al tacto de una o más de las glándulas salivales, por lo regular la parótida, y a veces las sublinguales o las submaxilares. Los síntomas prodrómicos son inespecíficos (fiebre leve, anorexia, malestar general, cefalea), pero en 24 horas aparece el dolor de oído y sensibilidad a la palpación de la parótida. La glándula se agranda y alcanza su máximo tamaño en 2 a 3 días y el dolor más intenso ocurre en el periodo de agrandamiento. Habitualmente la parótida contralateral se agranda un par de días después de la otra, aunque ocurre parotiditis unilateral en un 25% de los pacientes. En un tercio de las infecciones, no se presenta aumento aparente de las glándulas salivales. Como complicación puede presentarse orquitis en 20 y 30% de los hombres, siendo ésta la complicación extra parótida más frecuente y ooforitis en las mujeres en las que la esterilidad es una secuela rara. También se puede observar meningitis aséptica, casi siempre sin secuelas y de forma asintomática en un porcentaje menor. Durante el primer trimestre del embarazo existe el riesgo de aborto espontáneo, y no hay evidencias de que la enfermedad produzca malformaciones congénitas. La enfermedad produce inmunidad de por vida y se considera que 80% o más de los adultos en áreas urbanas o suburbanas, con o sin historia de parotiditis, tiene evidencia serológica de inmunidad.
Agente causal	<u>El virus de la parotiditis infecciosa, Mixovirus parotiditis</u>
Reservorio	Los seres humanos.
Periodo de incubación	Aproximadamente de 16 a 18 días con un rango de 12 a 25 días.
<b>Mecanismo de transmisión</b>	Por el aire y por diseminación de gotitas expulsadas de las vías respiratorias, también por contacto directo con la saliva de una persona infectada.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Todo caso con edema e inflamación unilateral o bilateral de las glándulas parótidas o salivales, testículos, u ovarios, de duración igual o mayor a dos días, sin otra causa aparente.
Confirmado	Caso sospechoso de Parotiditis infecciosa que es confirmado por laboratorio (aislamiento viral, pruebas moleculares) o por nexo epidemiológico (entendido como el antecedente de contacto en periodo de transmisibilidad con un caso de Parotiditis infecciosa confirmado por laboratorio).

<b>Criterios de laboratorio</b>	<b><i>El aislamiento viral y las pruebas moleculares son los métodos para descartar la presencia del virus.</i></b>
<b>Notificación</b>	Del caso, brote o defunción, de manera individual inmediata y colectiva semanal Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG, se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Caso: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones, SISVIG- VIGMOR
<b>Investigación</b>	Caso: Es obligatoria y mediata (< de 15 días). Brote: Obligatorio e inmediato
Formulario para la investigación	Caso: Formulario genérico de investigación individual de eventos de notificación obligatoria. Brote: Formulario para la Caracterización del Brote.
Qué investigar?	Fuente de infección, antecedentes de vacunación del caso, de sus contactos y del perifoco, factores de riesgo.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Aislamiento respiratorio de los casos identificados durante cinco días desde el comienzo del cuadro clínico. La persona no debe acudir a la escuela o a su lugar de trabajo durante nueve días después del comienzo del edema si allí hay susceptibles (no inmunizados).
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente de los artículos contaminados con secreciones nasales y faríngeas.
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	No existe tratamiento específico para la Parotiditis infecciosa.
Vacunación	Según esquema nacional de vacunación
Bioseguridad	Precauciones estándares, etiqueta respiratoria, vacunación a funcionario de salud.
Manejo de los contactos	Todos los contactos cercanos deben ser evaluados para detectar signos y síntomas compatibles con la parotiditis infecciosa. Frente a un caso confirmado de Parotiditis se deberá realizar seguimiento a los contactos susceptibles (vía telefónica u otro), hasta 25 días posteriores al inicio de la inflamación del caso índice; a fin de asegurar que no desarrollaron la enfermedad.
Medidas internacionales	Ninguna
Otras	

EVENTO	RABIA EN HUMANOS
Código evento	<b>CIE 10: A82</b>
Descripción clínica	<p>Zoonosis vírica aguda que causa una encefalomiелitis progresiva casi siempre mortal. El inicio suele manifestarse por sensación de angustia, cefalea, fiebre, malestar general y alteraciones sensitivas (parestesias) en el lugar de la mordedura de un animal. Síntomas frecuentes la excitabilidad, la aerofobia y la hidrofobia, a menudo con espasmos en los músculos deglutorios; después se presenta delirio con convulsiones ocasionales. Estos síntomas clásicos de rabia furiosa se presentan en dos terceras partes de los casos, mientras que los restantes presentan parálisis de los músculos de las extremidades y de los músculos respiratorios, al tiempo que conserva la consciencia. En la fase paralítica pueden estar ausentes los espasmos fóbicos. De una a dos semanas sobreviene el coma y la muerte, principalmente por insuficiencia cardiaca.</p> <p>Se trata de una enfermedad presente en todos los continentes excepto en la Antártida, pero más del 95% de las muertes humanas se registran en Asia o en África.</p>
Agente causal	<p>Virus rábico perteneciente al género <i>Lyssavirus</i> de la familia Rhabdoviridae. El género <i>Lyssavirus</i> contiene actualmente 14 especies y se divide en tres grupos filogénicos. Solo una especie, el virus de la rabia clásica (variante canina y murciélago), está presente en la actualidad en el continente americano. El virus de la rabia clásica es el más importante ya que causa el 99.9% de todos los casos de rabia en los seres humanos en el mundo.</p>
Reservorio	<p>Todos los mamíferos son susceptibles. Entre los reservorios y vectores importantes están los cánidos salvajes y domésticos como perros, zorros, coyotes, lobos, chacales, además de mofetas, mapaches, monos, mangostas y otros carnívoros como los gatos. En América hay poblaciones de murciélagos hematófagos (vampiros), frugívoros e insectívoros infectados. En América, los murciélagos son la principal fuente de infección en los casos mortales de rabia, puesto que la transmisión a ser humano por mordedura de perros rabiosos se ha interrumpido casi por completo. En Panamá no se registran casos de rabia urbana (perros y gatos) desde 1973.</p>

Periodo de incubación	<p>Es muy variable, pero suele ser de tres a ocho semanas (21-60 días), en casos muy raros puede ser desde unos cuantos días hasta varios años. El periodo de incubación depende en parte de la gravedad de la herida, su ubicación en relación con la inervación y distancia relativa al encéfalo, de la cantidad especie y variante del virus, de la protección que confiere la ropa y de otros factores.</p>
Mecanismo de transmisión	<p>La forma más frecuente de exposición es a través de la saliva del animal rabioso, saturada de virus, que se introduce por una mordedura o rasguño y muy rara vez por una lesión reciente en la piel o a través de la mucosa intacta. La transmisión de persona a persona es teóricamente posible, pero rara vez y nunca se ha comprobado.</p> <p>En América del Norte, Asia, y Europa se han notificado varios casos de transmisión de rabia por trasplante de córnea, de órganos sólidos y de vasos sanguíneos obtenidos de personas que murieron de una afección no diagnosticada de sistema nervioso central. Se ha mencionado la diseminación aérea en cuevas con gran infestación por murciélagos y se ha demostrado en condiciones de laboratorio, pero es muy esporádica.</p> <p>Solo se conocen con certeza los periodos definidos de transmisibilidad en huéspedes animales para el perro, gatos y hurones domésticos que suele ser de 3 a 10 días antes de que aparezcan los signos y durante el curso de la enfermedad. La excreción en otros animales es muy variable.</p>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p>Paciente con fiebre, agitación e inestabilidad, que evoluciona con deterioro del sistema nervioso central, caracterizado por convulsiones, signos meníngeos y alucinaciones, acompañado de espasmos de los músculos de la deglución al intentar tragar agua y con antecedente de mordedura, lamedura de mucosa, herida o rasguño producida por animal potencialmente transmisor de la rabia, o exposición a manipulación de tejidos de animales presuntamente infectados, o contacto sin protección de vías respiratorias o conjuntivas a altas concentraciones de virus rábico en el ambiente (aerosoles) de laboratorio o cavernas de murciélagos entre otros</p>

Confirmado	Caso sospechoso que es confirmado en laboratorio, o caso sospechoso con antecedentes de exposición a animal rabioso confirmado por laboratorio, o caso sospechoso con antecedentes de exposición a tejidos u órganos infectados, 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	<p>Uno o más de los siguientes elementos:</p> <p>Título detectable del anticuerpo neutralizante de la rabia en el LCR o suero de persona sin antecedente de vacunación.</p> <p>Identificación de material genético vírico por reacción de polimerasa en cadena (PCR) en tejido fijo.</p> <p>Detección por el anticuerpo fluorescente (FA) de antígeno rábico en tejido cerebral (obtenido postmortem) e Histopatología o, FA en frotis corneal o cutáneo (obtenido ante mortem) extraído principalmente del borde occipital, entre cuero cabelludo y cuello (rendimiento &gt; 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.</p> <p>La totalidad de Los exámenes de laboratorio se realizan en los Laboratorios de Referencia del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud y Laboratorio de Salud Animal del MIDA.</p>
Notificación	<p>En Panamá la notificación de rabia es individual e inmediata de acuerdo a lo establecido en el <b>Decreto Ejecutivo N° 1617 de 21 de octubre de 2014, “Que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia laboratorial y se señalan los procedimientos para su realización”</b>,</p> <p>Su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Zoonosis Regional y Salud Animal.</p>
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública y prestar especial atención a la secuencia de presentación de signos y síntomas, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR
Investigación	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: <b>Formulario genérico de Investigación Individual de eventos de notificación obligatoria.</b> Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.

¿Qué investigar?	<p>Ante un caso sospechoso, se debe iniciar la investigación dentro de las 48 horas. La indicación de tratamiento a las personas expuestas está basada en la aplicación de criterios que deben ser analizados individualmente en cada caso de exposición, la cual debe ser investigada con los datos aportados por la persona expuesta o su acompañante.</p> <p>Los criterios mínimos a considerar son los siguientes:</p> <p>Especie de animal involucrado: este es el criterio más importante en la decisión de tratamiento y se basa en la situación epidemiológica actual de la Rabia.</p> <p>Antecedentes del animal agresor</p> <p>Circunstancias de la exposición</p> <p>Observación del animal mordedor (perros 10 días)</p> <p>Confirmación del diagnóstico por el laboratorio de Referencia.</p> <p>Antecedentes de tratamientos anteriores</p>
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Durante la enfermedad debe evitarse el contacto con las secreciones salivales o las lágrimas de los pacientes con rabia.
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente de la saliva y de los artículos contaminados con ella. Las personas que atienden directamente al paciente deben conocer los posibles riesgos de infección por la saliva y usar guantes, batas protectoras y máscaras, y tomar las medidas de protección apropiadas para evitar la exposición a la saliva del enfermo.
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	<p><b>Profilaxis postexposición</b></p> <p>La profilaxis postexposición es el tratamiento inmediato después una mordedura. El objetivo es impedir que la infección entre en el sistema nervioso central, lo cual provocaría la muerte inmediata. Esta profilaxis consiste en:</p> <p>la limpieza a fondo, debridación y el tratamiento local de la herida tan pronto como sea posible después de la exposición;</p> <p>la aplicación de una vacuna antirrábica potente y eficaz conforme a las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.</p> <p>la administración de inmunoglobulina antirrábica, si está indicado.</p> <p>El tratamiento eficaz inmediatamente después de la exposición puede evitar la aparición de los síntomas y la muerte.</p>

	<p><b>Limpieza a fondo de la herida</b></p> <p>Debe lavarse y limpiarse de inmediato la herida durante un mínimo de 15 minutos con agua y jabón, detergente, povidona yodada u otras sustancias que maten al virus de la rabia.</p> <p><b>Profilaxis postexposición recomendada</b></p> <p>En función de la gravedad del contacto con el animal presuntamente rabioso, se recomiendan las siguientes medidas profilácticas tras la exposición (véase el cuadro).</p> <p>Cuadro: tipos de contacto y profilaxis postexposición recomendada.</p> <p><b>Medidas profilácticas postexposición según Tipo de contacto con un animal presuntamente rabioso</b></p> <p><b>Tipo I</b> – tocar o alimentar animales, lamedura sobre piel intacta: Ninguna</p> <p><b>Tipo II</b> – mordisco, arañazo o erosión leves en piel expuesta, sin sangrado: Vacunación y tratamiento local de la herida, de inmediato</p> <p><b>Tipo III</b> – mordeduras o arañazos transdérmicos (uno o más), lameduras en piel lesionada; contaminación de mucosas con saliva por lamedura; contacto con murciélagos: Rápida vacunación y administración de inmunoglobulina antirrábica; tratamiento local de la herida</p> <p>La profilaxis postexposición es necesaria en todos los casos de exposición de los tipos II o III en los que se concluya que existe riesgo de que la persona contraiga la enfermedad. Este riesgo es mayor en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>el mamífero agresor es de una especie que puede ser reservorio o vector de la rabia;</li> <li>la exposición tuvo lugar en una zona donde sigue habiendo rabia;</li> <li>el animal tiene mal aspecto o su conducta es anormal;</li> <li>la saliva del animal ha contaminado una herida o mucosa;</li> <li>la mordedura no se produjo como respuesta a una provocación;</li> <li>el animal no está vacunado.</li> </ul> <p>Los datos sobre la vacunación del animal sospechoso no se deben tomar en cuenta para descartar el tratamiento profiláctico posterior a la exposición si no se tiene seguridad de haber completado la vacunación.</p>
Vacunación	<b>Inmunización humana preventiva</b>

	<p>Hay vacunas antirrábicas que se pueden utilizar como inmunización anterior a la exposición. Se recomienda administrarlas a personas que tengan ocupaciones de alto riesgo, como el personal de laboratorio que trabaja con virus de la rabia y otros lisavirus vivos y las personas que realizan actividades profesionales o personales en las que puedan tener contacto directo con murciélagos, animales carnívoros y otros mamíferos de zonas afectadas por la rabia. Por ejemplo, es el caso del personal que trabaja en programas de lucha contra las zoonosis y de los guardabosques.</p> <p>Se recomienda vacunar a las personas que viajen a zonas remotas donde se transmita la rabia que vayan a pasar mucho tiempo realizando actividades al aire libre, como la espeleología o el montañismo. Igualmente, se debe vacunar a los viajeros que se ven obligados a permanecer durante estancias prolongadas en zonas de alto riesgo si el acceso a los productos biológicos de prevención de la rabia humana es limitado.</p>
Bioseguridad	Vacunar pre exposición las personas con riesgo de exposición a animales rabiosos, veterinarios, investigadores de vida silvestre, personal de centros antirrábicos, de laboratorio, entre otros. Vacunar contra la rabia perros, gatos y otras mascotas en áreas enzoóticas. Mantener vigilancia activa de la rabia animal.
Manejo de los contactos	Los contactos que hayan sido mordidos o que estén expuestos a la saliva a través de una herida abierta o de las mucosas, deben recibir profilaxis posterior a la exposición. Búsqueda de los animales rabiosos y de las personas a los que haya mordido.
Medidas internacionales	Exigir certificados de salud e inmunización contra rabia de los animales (perros, gatos y otras mascotas) que van ingresar al país.
Otras	

EVENTO	RICKETTSIOSIS
Código evento	(CIE 10: A75-A79.1)
Descripción clínica	<p>Las Rickettsiosis del grupo de las fiebres maculosas son un conjunto de infecciones bacterianas estrechamente relacionada, transmitidas ante todo por garrapatas, que causan enfermedades similares desde el punto de vista clínico, caracterizada por fiebre, erupción y vasculitis. Los cuadros clínicos iniciales y la gravedad varían según la especie, pueden acompañarse de afección de diversos órganos, que se manifiesta por insuficiencia respiratoria, cardíaca o renal, hepatoesplenomegalia, hemorragias y complicaciones neurológicas.</p> <p><b>Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas:</b> muestra una gravedad muy variable, puede ser benigna si se trata pronto, o causar la muerte si no se inicia el tratamiento apropiado antes del quinto día de síntomas. Se caracteriza por la aparición repentina de fiebre moderada o alta, malestar general notable, dolor muscular profundo, cefalea intensa, escalofríos e hiperemia conjuntival. Entre el tercer y quinto día en muchos pacientes aparece una erupción maculo papulosa en las extremidades, que abarca las palmas de las manos y la planta de los pies en cerca del 30% y se extiende rápidamente al tronco. La mayoría de los pacientes no presentan la clásica triada que corresponde a fiebre, exantema e historia de picadura de garrapata en su primera visita al médico. Uno de los hallazgos característicos en el hemograma es plaquetas bajas. Tiene un periodo de convalecencia prolongada. Una infección diseminada puede producir edema, hipotensión, edema pulmonar, necrosis tubular aguda y meningoencefalitis. La falla renal aguda es un factor de riesgo para desenlaces fatales.</p>
Agente causal	<p>El género <i>Rickettsia</i> pertenece a la familia Rickettsiaceae (también incluye <i>Coxiella</i>, <i>Ehrlichia</i> y <i>Bartonella</i>), dentro del orden de los Rickettsiales, está constituido por diferentes especies de bacterias gram negativas y todas tienen en común la necesidad de ser parásitos intracelulares obligados debido a su corta viabilidad fuera de sus reservorios y vectores.</p> <p>Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas: <i>Rickettsia rickettsii</i></p>

Reservorio y Vectores	<p>Se presenta como una zoonosis con ciclo natural entre pequeños roedores y garrapatas. Estas últimas mantienen también el ciclo, dado que, el patógeno es mantenido en la naturaleza, a través de varias generaciones, mediante el paso transovárico (de una hembra infectada a su prole) y del paso transtadial (a través de los diferentes estados de desarrollo). Algunos animales silvestres y domésticos pueden servir como reservorios secundarios u hospederos de amplificación.</p> <p><b>Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas:</b> En la naturaleza la infección se perpetúa en diversas especies de garrapatas por el paso transovárico y transtadial de las rickettsias. Pueden transmitirse a perros, diversos roedores y a otros animales.</p> <p>Con raras excepciones, todas las especies son parásitas de vertebrados terrestres y en todos los estadios posteriores al huevo se alimentan de sangre. Existen dos familias con especial interés en la Medicina humana: <i>Ixodidae</i> y <i>Argasidae</i>.</p>
Período de incubación	<p><b>Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas:</b> El periodo de incubación oscila entre 2 y 21 días habitualmente 7. Cuanto más grave sea el caso, más corto es el periodo de incubación.</p>
Mecanismo de transmisión	<p><b>Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas:</b> La <i>R. rickettsii</i> es principalmente transmitida a humanos por garrapatas infectadas de la familia <i>Ixodidae</i> (ixodidos o garrapatas duras), además puede ser transmitida por aerosoles y transfusión sanguínea. El principal mecanismo de transmisión es por la exposición a las garrapatas. El diagnóstico no debe depender que el paciente recuerde una picadura ya que a menudo son indoloras y pasan desapercibidas. La contaminación de excoriaciones en la piel o en mucosas por los tejidos de la garrapata aplastada, sus heces o partículas en forma de aerosol también puede causar infección.</p>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p><b>Paciente</b> con antecedentes de haber estado expuesto a garrapatas, con cuadro febril de inicio agudo que se caracteriza por cefalea intensa (incluye dolor retro ocular y/o sensación de exoftalmia), escalofríos, postración, fiebre y dolores generalizados. Aparición de erupción macular que comienza inicialmente en tobillos y muñecas y de forma típica en palma de manos y pies, parte superior del tronco y se disemina a todo el cuerpo. El exantema puede o no estar presente.</p>
Confirmado	<p>Caso sospechoso confirmado por pruebas de laboratorio.</p>

	<p>IgM positivo por Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), de muestra tomada 5 a 10 días luego del inicio de síntomas e incremento por lo menos de cuatro veces en los títulos de anticuerpos en muestras pareadas (con 15 días de diferencia). PCR, Cultivo.</p>
Criterios de laboratorio	<p><b>Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas:</b> Se basa hallazgos clínicos, por la identificación de los signos y síntomas. Los criterios de diagnóstico para confirmar la infección incluyen la presencia de enfermedad clínicamente compatible más al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Evidencia serológica con un cambio significativo (aumento de cuatro veces más) en los anticuerpos reactivos a <i>R. rickettsii</i> entre sueros pareados, obtenidos por una prueba estandarizada conducida por un laboratorio de referencia.</li> <li>· Demostración de antígeno de <i>R. rickettsii</i> por prueba inmunohistoquímica en una muestra clínica como una biopsia de piel u otro tejido.</li> <li>· Detección de DNA de <i>R. rickettsii</i> a través de un PCR en una muestra como sangre o tejido.</li> <li>· Aislamiento de <i>R. rickettsii</i> de una muestra clínica en un cultivo celular.</li> </ul> <p>Las diferentes rickettsias presentan reacciones cruzadas entre ellas y es difícil identificar el agente causal, pero el tratamiento es el mismo en todos los casos. Técnicas empleadas:</p> <p><b>Técnica de inmunofluorescencia indirecta (IFI)</b></p> <p><b>Pruebas Moleculares</b></p> <p><b>Cultivo</b></p> <p>Técnica de hemaglutinación  Técnica de aglutinación de látex  Técnica de fijación del complemento</p>
Notificación	<p><b>Obligatoria e inmediata</b></p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se deben actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria de Evento de Salud Pública
<b>Investigación</b>	Inmediatamente a partir de caso sospechoso por Equipo de respuesta rápida multidisciplinario.
Formulario para la investigación	Caso: <b>Formulario genérico de Investigación Individual de eventos de notificación obligatoria.</b> Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.

¿Qué investigar?	Investigar la exposición a fuentes de infección, (garrapatas, animales infectados, reservorios, infestación por garrapatas), residencia o visita a regiones endémicas, factores y actividades recreacionales y/o laborales en áreas con riesgo de infestación por vectores y reservorios animales.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Ninguno
Limpieza y desinfección	Se debe retirar cuidadosamente todas las garrapatas del paciente.
Quimioprofilaxis	No está indicada
Tratamiento	Doxiciclina es el medicamento de elección para adultos y niños de todas las edades, debe iniciarse en cuanto se sospeche de una rickettsiosis.
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	Educar la población respecto al modo de transmisión de la enfermedad y las formas de protección personal. Evitar zonas infestadas de garrapatas
Manejo de los contactos	La rickettsiosis puede presentarse en conglomerados como consecuencia de una exposición ambiental similar. Advertir a las personas expuestas respecto a los síntomas. Buscar garrapatas en el cuerpo de las personas en riesgo.
Medidas internacionales	No se considera una emergencia de salud pública internacional.
Otras	

EVENTO	RUBEOLA
Código evento CIE	<b>(B06.8, B06.9, B06.S).</b>
<b>Descripción clínica</b>	La rubeola inicia con ligero malestar general, fiebre de bajo grado por lo regular menor de 38°C y a veces conjuntivitis. Es característica la formación de protuberancias como perdigones detrás de la orejas, en cuello y en axila, debido al crecimiento de ganglios linfáticos. El exantema aparece uno o dos días después del inicio de los síntomas, pero de ningún modo es un signo frecuente y su apariencia no es diagnosticada, ya que es similar en otras infecciones virales; consiste en mácula de color rosada que no exceden los 3 mm de diámetro, linfadenopatía, fiebre baja, garganta irritada y artralgia, en general de aspecto más discreto y regular que las erupción por el sarampión. Aparece primero en cara y cuello y luego en el tronco. El exantema es indistinguible del exantema febril que se observa en el sarampión, dengue, infección por parvovirus B19 (eritema infeccioso), virus herpes humano tipo 6 (roséola o exantema súbito), virus Coxsackie, virus ECHO, los adenovirus o la escarlatina.
Agente causal	El virus de la rubeola
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	Es de 14 a 16 días, pero puede variar entre 10 y 21.
Mecanismo de transmisión	puede ser de persona a persona por vía respiratoria a través de inhalación de aerosoles o por contacto directo con los pacientes y vertical, a través de la placenta, durante la viremia materna (rubéola prenatal o congénita)
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Toda persona con fiebre y exantema sin causa determinada o toda persona en quién un trabajador de salud sospeche rubéola.
Confirmado	Caso sospechoso de Rubéola que es confirmado por los siguientes métodos de laboratorio (serología, aislamiento viral, pruebas moleculares) o por nexos epidemiológico (entendido como el antecedente de contacto en periodo de transmisibilidad con un caso de Rubeola confirmado por laboratorio).
<b>Criterios de laboratorio</b>	<b><i>Diagnóstico por laboratorio de todos los casos sospechosos, ya que la eliminación del virus salvaje de la Rubéola es fundamental y no sólo la enfermedad clínica. Las pruebas serológicas, el aislamiento viral y las pruebas moleculares son los métodos eficaces para descartar la presencia de los virus.</i></b>

	Para fines de esta vigilancia las pruebas de laboratorio que confirmen o descarten los casos, serán solamente las pruebas que realice el Laboratorio de Virología del I.C.G.E.S, el cual utiliza pruebas avaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
<b>Notificación</b>	La rubéola, caso, brote o defunción, es de notificación individual inmediata y colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG, se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Caso: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SIGVIG-Notificación Individual y/o el Formulario de Investigación de casos sospechosos de Sarampión y Rubéola y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS. Brote: Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: Formulario de Investigación de casos sospechosos de Sarampión y Rubéola y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS. Brote: Formulario para la Caracterización del Brote.
Qué investigar?	Fuente de infección, búsqueda activa de casos similares, antecedentes de vacunación del caso, de sus contactos y del perifoco, factores de riesgo.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Aislamiento respiratorio de los casos identificados desde la fase catarral hasta 5 días después del inicio del exantema:
Limpieza y desinfección	No corresponde
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	No existe tratamiento específico para la Rubéola. Las medidas de sostén para conservar la vida preservando las funciones vitales constituyen la única forma de atención médica durante la etapa aguda.
Vacunación	Según esquema nacional de vacunación
Bioseguridad	Precauciones estándares, etiqueta respiratoria, vacunación a funcionario de salud.
Manejo de los contactos	Todos los contactos cercanos deben ser evaluados para detectar signos y síntomas compatibles con la Rubéola. Frente a un caso confirmado de Rubéola, se deberá realizar seguimiento a los contactos (vía telefónica u otro), hasta 30 días posteriores al inicio del exantema del caso índice; a fin de asegurar que no desarrollaron la enfermedad.
Medidas internacionales	Las personas que viajan a lugares donde la rubéola es endémica deben cerciorarse que son inmunes a esta enfermedad.
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>SINDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA (SRC)</b>
Código evento CIE	<b>(P35.0, P35.S).</b>
<b>Descripción clínica</b>	Afecta hasta el 90% de los pequeños nacidos de madres que contrajeron la infección durante el primer trimestre del embarazo; para la décimo sexta semana, el riesgo de un solo defecto congénito ya es de solo 10% a 20%, aproximadamente y es raro que haya defectos cuando la madre se infecta después de la vigésima semana de gestación. Puede haber malformaciones congénitas y muerte fetal a consecuencia de la rubéola materna sub clínica. Los fetos infectados en los comienzos de la vida embrionaria afrontan un mayor riesgo de muerte intrauterina, aborto espontáneo y malformaciones congénitas, aisladas o combinadas, de los más importantes órganos y sistemas, tales como sordera, cataratas, macroftalmia, glaucoma congénito, microcefalia, meningoencefalitis, retraso mental, persistencia del ducto arterioso, defecto del tabique interauricular o interventricular, púrpura, hepatoesplenomegalia, ictericia y osteopatía radio lúcida. La diabetes mellitus dependiente de insulina se reconoce como una manifestación tardía frecuente del síndrome de rubéola congénita.
Agente causal	El virus de la rubeola
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	En la madre el período de incubación es aproximadamente de 14 a 17 días con límite de 14 a 21 días
<b>Mecanismo de transmisión</b>	Transplacentaria, infección del feto intrauterinamente en especial durante el primer trimestre de embarazo. Los lactantes con síndrome de rubéola congénita pueden arrojar virus durante meses en las secreciones faríngeas y en la orina, y son fuente de infección para sus contactos, después del nacimiento.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Menor de un año de edad, de quien el trabajador de salud sospeche SRC debido a que: se le ha detectado una o más de las siguientes anomalías luego del nacimiento: cataratas congénitas, defectos cardiacos congénitos, púrpura o hipoacusia; y/o existe una historia de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) de la madre durante el embarazo.
Confirmado	Caso sospechoso de SRC que es confirmado por los siguientes métodos de laboratorio: serología, aislamiento viral, pruebas moleculares.

<b>Criterios de laboratorio</b>	<p>Diagnóstico de laboratorio de todos los casos sospechosos, ya que la eliminación del virus salvaje de la Rubéola es fundamental y no sólo la enfermedad clínica. Las pruebas serológicas, el aislamiento viral y las pruebas moleculares son los métodos eficaces para descartar la presencia de los virus.</p> <p>Para fines de esta vigilancia las pruebas de laboratorio que confirmen o descarten los casos, serán solamente las pruebas que realice el Laboratorio de Virología del I.C.G.E.S, el cual utiliza pruebas avaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).</p>
<b>Notificación</b>	<p>El SRC, caso, o defunción, es de notificación individual inmediata y colectiva semanal Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG, se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
Formulario para la notificación	<p>Caso: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual y/o el Formulario de Investigación de casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR</p>
<b>Investigación</b>	<p>Es obligatoria e inmediata (&lt; de 48 horas)</p>
Formulario para la investigación	<p>Caso: Formulario de Investigación de casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS. Brote: Formulario para la Caracterización del Brote</p>
Qué investigar?	<p>Exposición al virus durante la gestación, antecedente de vacunación de la madre, factores de riesgo.</p>
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	<p>De los lactantes menores de doce meses con SRC, salvo que los cultivos de material faríngeo y de la orina sean negativos para el virus de la rubéola</p>
Limpieza y desinfección	<p>No corresponde</p>
Quimioprofilaxis	<p>No corresponde</p>
Tratamiento	<p>Será de acuerdo a la propia entidad patológica del SRC</p>
Vacunación	<p>Según esquema nacional de vacunación</p>
Bioseguridad	<p>Precauciones estándares, etiqueta respiratoria, vacunación a funcionario de salud y familiares del caso.</p>

Manejo de los contactos	Todos los contactos cercanos deben ser evaluados para detectar signos y síntomas compatibles con la Rubéola. Frente a un caso confirmado de Rubéola, se deberá realizar seguimiento a los contactos (vía telefónica u otro), hasta 30 días posteriores al inicio del exantema del caso índice; a fin de asegurar que no desarrollaron la enfermedad.
Medidas internacionales	Las personas que viajan a lugares donde la rubéola es endémica deben cerciorarse que son inmunes a esta enfermedad.
Otras	

EVENTO	SALMONELOSIS
Código evento CIE	CIE 10: A02
Descripción clínica	<p>Enfermedad bacteriana que comúnmente se manifiesta por la aparición repentina de diarrea, dolor abdominal, fiebre, náuseas, y a menudo vomito. Diarrea puede ser sanguinolenta y durar varios días. Puede haber deshidratación grave, especialmente en lactantes y ancianos. Rara vez es mortal excepto en niños de muy corta edad, personas de edad avanzada y/o en malas condiciones de salud y los individuos debilitados o inmunodeprimidos. La infección puede comenzar como enterocolitis aguda y evolucionar a septicemia o infección focal. La excreción de microorganismos infecciosos persiste durante varios días o semanas después que cede el cuadro. En ocasiones el agente infeccioso se localiza en sitios normalmente estériles, donde puede provocar abscesos, artritis séptica, osteomielitis, colecistitis, endocarditis, meningitis, pericarditis, neumonía, cistitis, o pielonefritis. La gravedad de la enfermedad guarda relación con el serotipo, número de microorganismos ingeridos y factores relacionados con el huésped.</p>
Agente causal	<p>Bacterias no tifoídicas del género <i>Salmonella spp.</i> Se han identificado aproximadamente 2500 serotipos. La mayoría se propagan a partir de animales que actúan como reservorios y suelen ser asintomáticos. Las notificadas con mayor frecuencia <i>Salmonella</i> entérica subespecie entérica serotipo Typhimurium (<i>S. Typhimurium</i>) y <i>Salmonella</i> entérica subespecie entérica serotipo Enteritidis).</p>
Reservorio	<p>Animales domésticos y silvestres, entre ellos aves de corral (pollos, patos, pavos); reptiles (tortugas, iguanas, serpientes); anfibios (ranas, sapos); ganado porcino y bovino; roedores (hámster, ratones, ratas), y mascotas (perros, gatos, conejillos de indias); también los seres humanos (pacientes con diarrea y portadores convalecientes). El estado de portador crónico es raro en los seres humanos (excepto para el serotipo Typhi), pero es común en los animales, en particular aves y reptiles.</p>
Periodo de incubación	<p>De 6 a 72 horas, por lo general de 12 a 36 horas. Se han documentado periodos de incubación mas largos de hasta 16 días, después de la ingestión de inóculos pequeños.</p>

Mecanismo de transmisión	La salmonelosis se clasifica como una enfermedad de transmisión alimentaria porque la ingestión de alimentos contaminados, la mayoría de las veces de origen animal es el principal mecanismo de transmisión. Las fuentes alimentarias incluyen alimentos de origen animal crudos o mal cocidos (huevos, leche y productos lácteos crudos, carnes y aves de corral); lo mismo frutas, verduras y alimentos procesados. El contacto directo o indirecto con animales contaminados o con su entorno puede causar la infección y ha ocasionado numerosos brotes. El agua contaminada es otro vehículo importante de transmisión en áreas donde no se desinfectan los suministros de agua. Agua contaminada en lugares recreativos. Transmisión fecal oral de persona a persona cuando hay diarrea. El periodo de transmisibilidad abarca todo el periodo de la infección y el periodo de portador.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Persona que presenta diarrea y fiebre, y acompañados o no de los siguientes síntomas dolor abdominal, vómitos, náuseas, y exposición a alimentos o aguas contaminadas o exposición medioambiental o a animales contaminados.
Confirmado	Aislamiento de <i>Salmonella</i> spp. (distinta de <i>S. typhi</i> y <i>S. paratyphi</i> ) en heces o sangre o Detección por Biología Molecular.
Criterios de laboratorio	Los casos con diarrea o septicemia, durante las etapas agudas de la enfermedad puede aislarse el agente de las heces o de la sangre, respectivamente en medios de cultivo para microorganismos entéricos. También puede aislarse <i>Salmonella</i> de líquido cefalorraquídeo y la orina. Los estudios serológicos no son útiles para el diagnóstico.  Muestras de heces en envase estéril, hisopado rectal en medio de transporte Cary Blair. Sangre para hemocultivo.  Muestras de alimentos envasadas adecuadamente manteniendo la cadena frío.
<b>Notificación</b>	La notificación de la salmonelosis es individual e inmediata (<2 h).
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: <b>Formulario genérico de Investigación Individual de eventos de notificación obligatoria.</b> Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.

¿Qué investigar?	<p>Ante un caso sospechoso, se debe iniciar la investigación dentro de las 24 horas.</p> <p>transmisión de persona a persona,  exposición a una fuente común,  transmisión de animal a persona,  exposición a alimentos o agua de beber contaminados,  Exposición medioambiental.</p> <p>Investigar e inspeccionar condiciones sanitarias de plantas procesadoras de alimentos para seres humanos y animales</p> <p>Brotos de infección por <i>salmonella</i> con base en datos de vigilancia en seres humanos y animales, alimentos vegetales.</p>
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Durante la enfermedad debe evitarse el contacto con las secreciones. Evitar que personas sintomáticas manipulen alimentos y atiendan niños y ancianos e inmunodeprimidos.
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente de las heces y de los artículos contaminados. Disposición adecuada de aguas negras. Manipulación higiénico-sanitaria de agua y alimentos para consumo.
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	En la enterocolitis sin complicaciones no suele estar indicado tratamiento, excepto la rehidratación y la reposición de electrolitos con una solución de rehidratación oral. Debe administrarse antimicrobianos a los lactantes, a los adultos mayores, a las personas con deterioro del sistema inmunitario y a los pacientes con fiebre persistente o manifestaciones de infección extra intestinal. El tratamiento con ciprofloxacina es eficaz en adultos, en niños ampicilina o amoxicilina. La resistencia a los antimicrobianos es variable.
Vacunación	No corresponde
Bioseguridad	Buenas prácticas en la producción y manufactura de los alimentos.

	<p>Es necesario una estrategia multidisciplinaria de prevención que incluya consumidores, prestadores de atención de salud, veterinarios, organismos reguladores funcionarios de salud pública e industriales. Educación en materia de inocuidad de los alimentos; Educar consumidores para que no ingieran ciertos alimentos de alto riesgo huevos crudos, leche cruda yogur y quesos a base de leche cruda sin pasteurizar, jugos sin pasteurizar, carnes y aves crudas o poco cocidas; Educar sobre la salmonelosis zoonótica de las mascotas y otros animales, medidas sanitarias para la industria alimentaria. Educar a los pacientes sobre la prevención de las infecciones transmitidas por los alimentos y de las salmonelosis zoonóticas.</p>
Manejo de los contactos	Búsqueda de casos similares, practicar cultivos de heces en muestras fecales.
Medidas internacionales	Exigir certificaciones sanitarias de alimentos procedentes otros países.
Otras	

EVENTO	SARAMPION
Código evento CIE	<b>(B05.O, B05.1, B05.2, B05.3, B05.4 B05.8, B05.9, B05.S).</b>
<b>Descripción clínica</b>	Enfermedad vírica aguda, el primer síntoma es la aparición de fiebre, por lo menos 3 días, la cual puede alcanzar 39 a 40°C. Un examen minucioso de la mucosa bucal adyacente a los molares puede encontrar manchas de Koplik que asemejan granitos de sal y puede haber muchos o pocos, pero cuando hay son patognomónicos y son efímeras desapareciendo en 24 horas. El periodo prodrómico acaba cuando aparece el exantema, eritematoso y maculo papular, en la cara y detrás de las orejas extendiéndose en forma centrífuga a tronco y extremidades. En cara y tronco, con frecuencia se hace confluyente y empieza a desaparecer a los 3 – 4 días de la misma forma en que apareció, a veces con una ligera descamación. La fiebre persiste 2 o 3 días después del comienzo de exantema y la tos puede persistir por 10 días. Puede producirse fotofobia, dolor de cabeza, dolor abdominal, linfadenopatía y esplenomegalia moderada.
Agente causal	El virus del sarampión es un virus RNA que pertenece al género Morbillivirus de la familia Paramyxoviridae
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	Es aproximadamente de 10 a 12 días desde la exposición hasta el inicio de la fiebre y otros síntomas inespecíficos, y de unos 14 días (con una amplitud de siete a 18 días y, raramente, de hasta 19 a 21 días) desde la exposición hasta el inicio del exantema.
Mecanismo de transmisión	Por diseminación de gotitas expulsadas de las vías respiratorias suspendidas en el aire o por contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas y con menor frecuencia por medio de artículos recién contaminados con secreciones nasales o faríngeas
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Toda persona con fiebre y exantema sin causa determinada o toda persona en quién un trabajador de salud sospeche sarampión.
Confirmado	Caso sospechoso de Sarampión que es confirmado por los siguientes métodos de laboratorio (serología, aislamiento viral, pruebas moleculares) o por nexos epidemiológicos (entendido como el antecedente de contacto en periodo de transmisibilidad con un caso de Sarampión o Rubeola confirmado por laboratorio).

<b>Criterios de laboratorio</b>	<p><b>Diagnóstico por laboratorio de todos los casos sospechosos</b>, ya que la eliminación del virus salvaje del Sarampión y la Rubéola es fundamental y no sólo la enfermedad clínica. <b>Las pruebas serológicas, el aislamiento viral y las pruebas moleculares</b> son los métodos eficaces para descartar la presencia de los virus.</p> <p>Para fines de esta vigilancia las pruebas de laboratorio que confirmen o descarten los casos, serán solamente las pruebas que realice el Laboratorio de Virología del I.C.G.E.S, el cual utiliza pruebas avaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).</p>
<b>Notificación</b>	El Sarampión, caso, brote o defunción, es de notificación individual inmediata y colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG, se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Caso: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual y/o el Formulario de Investigación de casos sospechosos de Sarampión y Rubéola y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones, SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: Formulario de Investigación de casos sospechosos de Sarampión y Rubéola y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS. Brote: Formulario para la Caracterización del Brote.
Qué investigar?	Fuente de infección, búsqueda activa de casos similares, antecedentes de vacunación del caso, de sus contactos y del perifoco, factores de riesgo.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Aislamiento respiratorio de los casos identificados desde la fase catarral hasta 5 días después del inicio del exantema:
Limpieza y desinfección	No corresponde
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	<p>No existe tratamiento específico para el Sarampión. Las medidas de sostén para conservar la vida preservando las funciones vitales constituyen la única forma de atención médica durante la etapa aguda.</p> <p>La administración de suplementos de vitamina A previene las reservas corporales, previene la ceguera y reduce la letalidad.</p>

	Inmunoglobulina estándar en contactos de casos altamente probables de Sarampión (En menores de 6 meses, embarazadas o inmunosuprimidos que hayan estado expuestos a un caso de sarampión).
Vacunación	Según esquema nacional de vacunación
Bioseguridad	Precauciones estándares, etiqueta respiratoria, vacunación a funcionario de salud.
Manejo de los contactos	Todos los contactos cercanos deben ser evaluados para detectar signos y síntomas compatibles con el sarampión. Frente a un caso confirmado de sarampión, se deberá realizar seguimiento a los contactos (vía telefónica u otro), hasta 30 días posteriores al inicio del exantema del caso índice; a fin de asegurar que no desarrollaron la enfermedad.
Medidas internacionales	Las personas que viajan a lugares donde el sarampión es endémico deben cerciorarse que son inmunes a esta enfermedad.
Otras	

EVENTO	SÍFILIS ADQUIRIDA
Código CIE 10	<p><b>Sífilis Precoz</b> : A51.0 Sífilis genital primaria  A51.1 Sífilis Primaria Anal  A51.2 Sífilis primaria en otros sitios  A51.3 Sífilis secundaria de piel y membranas mucosas  A51.4 Otras sífilis secundarias  A51.5 sífilis precoz, latente  A51.9 Sífilis precoz, sin otra especificación</p> <p><b>Sífilis Tardía</b>: A52.0 Sífilis cardiovascular, A52.1 Neurosífilis sintomática, A52.2 Neurosífilis asintomática, A52.3 Neurosífilis no especificada, A52.7 otras sífilis tardías sintomáticas, A52.8 sífilis tardía latente, A52.9 sífilis tardía no especificada.</p> <p><b>Otras Sífilis y las no especificadas</b>: A53.0 sífilis latente, no especificada como precoz o tardía, A53.9 Sífilis, no especificada</p>
Descripción clínica	<p><b>Sífilis Primaria</b>: Aparición de “chancro” se localiza en el punto de inoculación del treponema. Se manifiesta como una erosión indolora, circunscrita y de bordes elevados redondeados u ovales de base indura. As veces, suele ser difícil de detectar en mujeres debido a su localización interna. Cuando el chancro se localiza en la zona genital se acompaña de cambios en los ganglios linfáticos inguinales. Sin tratamiento el chancro involuciona y cicatriza en 2 a 6 semanas.</p> <p><b>Sífilis Secundaria</b>: Se produce 3 a 12 semanas de la aparición del chancro. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas que surgen en este período: la roséola sifilítica y lesiones papulosas, de localización predominante en tórax, brazos y el abdomen y con afectación palmo plantar en el 50 a 80% de los casos. La duración de las lesiones puede ser desde pocos días hasta semanas y desaparecen espontáneamente, aproximadamente una cuarta parte de los pacientes pueden presentar recurrencia durante el primer año. Pueden aparecer otras manifestaciones como: condiloma planos, lesiones en la mucosa oral. Malestar general similar al estado gripal. Las lesiones desaparecen espontáneamente a las 2-6 semanas, pero las bacterias persisten.</p> <p><b>Sífilis Latente</b>: Persona asintomática que puede durar entre 5 a 50 años antes que presente manifestaciones de sífilis terciaria. Este periodo se divide en sífilis latente temprana (infección de duración menor a un año), sífilis latente tardía (duración mayor a 1 año). El riesgo de transmisión sexual durante la fase latente es bajo aunque no inexistente. La persona con VDRL reactor en LCR (liquido céfalo raquídeo indica Neurosífilis).</p>

	<p><b>Sífilis Terciaria o tardía:</b> Incluye un espectro de manifestaciones clínicas, siendo las más comunes las complicaciones cardiovasculares, las gomas y las lesiones neurológicas.</p>
<b>Agente causal</b>	<i>Treponema pallidum</i>
<b>Reservorio</b>	Los humanos
<b>Periodo Incubación</b>	De 10 días a 3 meses, por lo común 3 semanas
<b>Mecanismo de transmisión</b>	La principal forma es la transmisión sexual, transfusión de sangre y transmisión vertical de la madre al hijo.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p>Toda persona que presente manifestaciones clínicas antes descritas o Serología reactiva/positiva.</p> <p><b>Sífilis Primaria y Secundaria:</b> Enfermedad clínicamente compatible con pruebas serológicas no treponémicas positivas.</p> <p><b>Sífilis latente:</b> Paciente asintomático, con serología no treponémicas positiva, que no presenta sífilis primaria, ni secundaria, ni tardía.</p> <p><b>Sífilis Terciaria o Tardía:</b> Enfermedad clínicamente compatible con este período y pruebas serológicas no treponémicas y/o treponémicas positivas.</p>
Confirmado	<p>Todo caso sospechoso que presente manifestaciones clínicas o con pruebas de laboratorio reactivas y confirmatorias de la infección por <i>Treponema pallidum</i> o estudios de gabinete que confirman la sospecha clínica.</p>
Criterios de laboratorio	<p><b>Sífilis Primaria y Secundaria:</b> Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de las secreciones de las lesiones primarias o secundarias, o Pruebas serológicas no treponémicas (V.D.R.L. o R.P.R.) y treponémicas positivas (F.T.A.-Abs, M.H.A.-TP, o prueba rápida).</p> <p><b>Sífilis Latente</b> (tardía y temprana) prueba serológica no treponémica (VDRL o RPR) reactivos, prueba treponémicas (MHATP o ELISA o prueba rápida) positivas.</p> <p><b>Sífilis Terciaria o Tardía:</b> Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de las lesiones (gomas) o, Prueba serológica no treponémicas (V.D.R.L.) y/o treponémicas positiva en líquido cefalorraquídeo (Neurosífilis).</p>
<b>Notificación</b>	<p>La notificación de casos y defunciones es obligatoria, (colectiva, individual y semanal) y llenar el formulario notificación individual y capturar la información en SISVIG.</p> <p>Sí el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación en SISVIG se debe actualizar el</p>

	diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria y mediata.
Formulario para la investigación	Formulario Notificación e Investigación genérico
Qué investigar?	Factores de riesgo para sífilis, conocimiento de las medidas de prevención de las ITS, necesidad de identificar, estudiar, someter a pruebas serológicas y tratar de manera adecuada a todos los contactos sexuales
<b>Prevención y Control</b>	Instruir a los pacientes con relación a las enfermedades de transmisión sexual, tratamiento de casos y de los contactos sexuales. Asegurarse el seguimiento de las diluciones hasta su cura.
Aislamiento	No necesario, se recomienda las medidas de precauciones universales, los casos deben abstenerse de tener relaciones sexuales mientras no complete el tratamiento y no desaparezcan las lesiones.
Limpieza y desinfección	Se tendrá cuidado con evitar el contacto con secreciones de las lesiones abiertas u objetos contaminados con las mismas. Fuente: Manual de las enfermedades transmisibles pág. 418.
Quimioprofilaxis	NA
Tratamiento	<b>Sífilis Primaria, Secundaria y latente temprana:</b> Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades IM en dosis única en dosis única <b>Latente Tardía o tardía:</b> Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades IM cada semana por 3 semanas.
Vacunación	No hay
Bioseguridad	Precauciones universales.
Manejo de los contactos	Todos los contactos sexuales identificados de casos confirmados de sífilis que hayan sido expuestos en término de 90 días anteriores al examen, deben recibir tratamiento. La falta de tratamiento de la pareja es la principal fuente de reinfección.
Medidas internacionales	NA
Otras	<b>Medidas de Prevención:</b> Cumplir con los objetivos programáticos para la eliminación de la sífilis congénita:

Aumentar a más de 95% los centros de atención de primer nivel de atención que proporcionan servicios para la prevención y diagnóstico de sífilis (ITS/VIH) en forma integrada con los otros servicios de salud incluidos los centros de atención prenatal , SSR, servicios para adolescentes, violencia de género, entre otros.

EVENTO	SÍFILIS CONGENITA
Código CIE 10	<p><b>Sífilis congénita.</b> A50.0 sífilis congénita precoz, sintomática</p> <p>A50.1 Sífilis congénita precoz latente, A50.2 sífilis congénita precoz, sin otra especificación, A50.3 Oculopatía sifilítica congénita tardía, A50.4 Neurosífilis congénita tardía (Neurosífilis juvenil), A50.5 Otras formas de sífilis congénita tardía, sintomática, A50.6 Sífilis congénita tardía, latente, A50.7 sífilis congénita tardía, latente, A50.9 sífilis congénita, sin otra especificación.</p> <p><b>Neurosífilis (A52.1, A52.2, A52.3 y A50.4)</b></p>
Descripción clínica	<p>Panamá participa en el plan de eliminación de la sífilis congénita incluido los mortinatos (menos de 0.5 casos por 1000 nacidos vivos), Ningún neonato debe ser dado de alta del hospital sin conocer el estado serológico de su madre. Los niños pueden ser asintomáticos o presentar manifestaciones clínicas como: (<i>distrofias, neumonitis o neumonía alba, laringitis (llanto ronco y continuado), hepatoesplenomegalia, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia, lesiones mucocutáneas (pápulas, placas infiltradas rojizas en la región peribucal, extremidades, palmas, plantas, perianales y perigenitales, roseolas de grandes manchas, ampollas palmoplantares)</i>) al examen físico y/o evidencia radiográfica de sífilis congénita (<i>osteochondritis de huesos largos</i>).</p>
<b>Agente causal</b>	<i>Treponema pallidum</i>
<b>Reservorio</b>	Los humanos
<b>Periodo Incubación</b>	N/A
<b>Mecanismo de transmisión</b>	<p>El <i>Treponema pallidum</i> su paso a través de la placenta suele ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo, pero se han descrito casos desde la semana 9. La probabilidad de que una mujer embarazada transmita la enfermedad al feto está relacionada con la fase de la infección, siendo durante el primer año de la enfermedad y sin tratamiento de aproximadamente 90%</p>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p><input type="checkbox"/> Los niños asintomáticos, que nacen de madres con sífilis tratada en forma adecuada y cuyos títulos de RPR o VDRL son similares o inferiores a los de la madre.</p> <p><input type="checkbox"/> Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis (mencionadas en descripción clínica).</p>

<p>Confirmado</p>	<p>Todo niño, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) donde no se tenga acceso a prueba de laboratorio. o</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo niño cuya madre tenga prueba treponémica o no treponémica positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente o sin evidencia de tratamiento. o</li> <li>• Todo neonato con títulos de RPR/VDRL con una diferencia igual o mayor a dos diluciones con respecto a la madre (por ejemplo madre 1:4, niño 1:16). o <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de Sífilis Congénita al examen físico y/o evidencia radiográfica de Sífilis Congénita y resultado reactivo de una prueba no treponémica o treponémica (incluyendo prueba rápida). o</li> </ul> </li> <li>• Todo producto de la gestación con demostración de <i>Treponema Pallidum</i> por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta o material de autopsia. o,</li> <li>• Madre tratada con un régimen adecuado con penicilina, pero sin la disminución prevista del título de anticuerpos no treponémicos después de la terapia.</li> <li>• Sífilis en la madre tratada en un lapso de 30 días antes del parto</li> <li>• Neurosífilis cuando el resultado del líquido cefalorraquídeo es positivo/reactor a una prueba no treponémica.</li> </ul>
<p>Criterios de laboratorio</p>	<p>Los métodos no treponémicos para identificar sífilis: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (rapid plasma reagin), aportan métodos cuantitativos que son útiles para definir la actividad de la enfermedad y vigilar su reacción al tratamiento.</p>
<p><b>Notificación</b></p>	<p>La notificación de casos y defunciones es obligatoria, (colectiva, individual y semanal) y llenar el formulario notificación individual y capturar la información en SISVIG.</p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
<p>Formulario para la notificación</p>	<p>Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública</p>
<p><b>Investigación</b></p>	<p>La investigación es obligatoria y mediata. Deberá mantener las investigaciones archivadas bajo medidas de seguridad y disponibles a posibles auditorías.</p>

Formulario para la investigación	Formulario Notificación e Investigación de sífilis congénita
Qué investigar?	Factores de riesgo de la madre como: Control prenatal inadecuado, falta de accesibilidad a la prueba, tratamiento inadecuado, compañero(s) sexual no tratado, desconocimiento de las medidas de prevención de las ITS.
<b>Prevención y Control</b>	Para la sífilis, como para todas las enfermedades de transmisión sexual, se deben combinar medidas generales para fomento de la salud (educación sexual) y provisión de medios diagnósticos y fomento de su empleo tanto a la afectada como a su contacto.
Aislamiento	No necesario, deben someterse a examen clínico a todas las personas , incluidos personal que realiza atención de salud, que han tenido contacto muy cercano y no protegido con un pequeño con sífilis congénita temprana, antes de identificar la enfermedad o durante las primeras 24 horas de tratamiento, en busca de lesiones dos a tres semanas después del contacto.
Limpieza y desinfección	Se tendrá cuidado con evitar el contacto con secreciones de las lesiones abiertas u objetos contaminados con las mismas. Fuente: Manual de las enfermedades transmisibles pág. 418.
Quimioprofilaxis	NA
Tratamiento	Según la comisión nacional para la vigilancia del Programa de Prevención de la Transmisión Materna Infantil (PTMI), tratamiento de la sífilis congénita dirigirse a circular 0268 SDGSP/SSRyR Tratamiento Actualizado de la sífilis en la mujer fechada del 2 de septiembre de 2015
Vacunación	No hay
Bioseguridad	Precauciones universales.
Manejo de los contactos	NA
Medidas internacionales	NA
Otras	<b>Seguimiento:</b> Todo los niños seroreactivos para sífilis en el nacimiento (o los niños cuyas madres fueron seroreactivas) deben recibir seguimiento posnatal con exámenes clínicos y pruebas serológicas no treponémicas hasta que se negativice la prueba o el título se haya reducido en cuatro diluciones. El título de anticuerpos debe disminuir a los 3 meses y debe negativizarse a los 6 meses. La respuesta serológica puede ser más lenta en los niños tratados después del periodo neonatal. Si estos títulos permanecen estables o aumentan después de los 6 a 12 meses de edad, el niño debe ser reevaluado.

EVENTO	SÍFILIS EN EMBARAZADA
<b>Código CIE 10</b>	<p>Diagnóstico1. Embarazada con sífilis: CIE-10 O98.1</p> <p>Diagnóstico2. Estadio de la sífilis: CIE-10 ( A51.0-A51.9, A52.1-A52.9, A53.0 y 53.9)</p> <p>Diagnóstico3. Evolución del embarazo (Aborto O06 aborto no especificado) P95X (muerte fetal de causa no especificada o muertes perinatal).</p>
Descripción clínica	<p>OPS/OMS y UNICEF han propuesto la iniciativa para la eliminación de la transmisión materna infantil de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Se considera eliminación a la reducción de la transmisión materna infantil de la sífilis congénita (incluidas mortinatos) a 0.5 casos o menos por 1000 nacimientos vivos. Se considera una embarazada con sífilis a cualquier mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente que presenta evidencia clínica (por ejemplo: chancro, roséola sifilítica, verrugas planas) o evidencia serológica de sífilis.</p>
<b>Agente causal</b>	<i>Treponema pallidum</i>
<b>Reservorio</b>	Los humanos
<b>Periodo Incubación</b>	De 10 días a 3 meses, por lo común 3 semanas
<b>Mecanismo de transmisión</b>	La principal forma es la transmisión sexual, en la embarazada puede ocasionar abortos, mortinatos y transmisión vertical de la sífilis de la sífilis congénita.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con antecedente de sífilis</li> <li><input type="checkbox"/> Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con una prueba treponémica positiva (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica reactiva.</li> <li><input type="checkbox"/> Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundarias).</li> </ul>
Confirmado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso sospechoso por evidencia clínica cuya prueba treponémica o no treponémica es reactiva/positiva.</li> <li>• Caso sospechoso con una prueba treponémica positiva (rápida) y no treponémica reactiva y antecedentes de no haber sido tratada o tratada inadecuadamente (o si no existe evidencia del tratamiento).</li> <li>• Embarazada que no fue adecuadamente tratada con Penicilina Benzatínica 2.4 millones U. IM C/ semana por 3 semanas</li> </ul>

Criterios de laboratorio	Por criterios serológicos, se consideran positivos todos los resultados reactivos, independientemente de la titulación y de si se utilizó una prueba treponémica (prueba rápida o FTA-ABs) o una prueba no treponémica (VDRL o RPR). Desde el punto de vista programático e epidemiológico se consideraran todas las serologías positivas como diagnóstico a fin de asegurar el tratamiento.
<b>Notificación</b>	La notificación de casos y defunciones es obligatoria, (colectiva, individual y semanal) y llenar el formulario notificación individual y capturar la información en SISVIG. Sí el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria y mediata.
Formulario para la investigación	Formulario Notificación e Investigación de sífilis materna
Qué investigar?	Factores de riesgo: Control prenatal inadecuado, falta de accesibilidad a la prueba, tratamiento inadecuado, compañero sexual no tratado, desconocimiento de las medidas de prevención de las ITS.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	No necesario, se recomienda las medidas de precauciones universales, los casos deben abstenerse de tener relaciones sexuales mientras no complete el tratamiento y no desaparezcan las lesiones.
Limpieza y desinfección	Se tendrá cuidado con evitar el contacto con secreciones de las lesiones abiertas u objetos contaminados con las mismas. Fuente: Manual de las enfermedades transmisibles pág. 418.
Quimioprofilaxis	NA
Tratamiento	Mujer embarazada independiente del estadio de la sífilis: Penicilina Benzatinica 2.4 millones de unidades intra muscular, cada semana por 3 semanas o sea, 1.2 millones en cada glúteo, cada semana por 3 semanas. Preferiblemente 30 días o más antes del parto. Embarazada alérgica a la penicilina dirigirse a circular 0268 SDGSP/SSRyR Tratamiento Actualizado de la sífilis en la mujer fechada del 2 de septiembre de 2015
Vacunación	No hay
Bioseguridad	Precauciones universales.

Manejo de los contactos	<p>Todos los contactos sexuales identificados de casos confirmados de sífilis temprana que hayan sido expuestos en término de 90 días anteriores al examen, deben recibir tratamiento. La falta de tratamiento de la pareja es la principal fuente de reinfección durante el embarazo.</p> <p>Enf. Transmisibles en el hombre pag 420 año 1997</p>
Medidas internacionales	NA
Otras	<p><b>Medidas de Prevención:</b> Cumplir con los objetivos programáticos:</p> <p>Aumentar la cobertura de atención prenatal y parto atendido por personal cualificado a más de 95%.</p> <p>Aumentar la cobertura de detección de sífilis en la embarazada a más de 95%</p> <p>Aumentar la cobertura del tratamiento de sífilis en la embarazada a más de 95%</p> <p>Aumentar a más de 95% los centros de atención de primer nivel de atención que proporcionan servicios para la prevención y diagnóstico de sífilis (ITS/VIH) en forma integrada con los otros servicios de salud incluidos los centros de atención prenatal , SSR, servicios para adolescentes, violencia de genero.</p>

<b>EVENTO</b>	<b>SÍNDROME FEBRIL AGUDO HEMORRÁGICO</b>
<b>Código</b>	Sin código asignado en SISVIG
<b>Descripción Clínica</b>	<p>Las fiebres hemorrágicas víricas (FHV) son un grupo de enfermedades causadas por virus pertenecientes a distintas familias. Todos ellos pueden producir un síndrome de fiebre hemorrágica (FH) aguda caracterizado por fiebre elevada, afectación multisistémica y aumento de la permeabilidad vascular con manifestaciones hemorrágicas, que con frecuencia evoluciona rápidamente a la muerte. Estas fiebres tienen características comunes: afectan muchos órganos, lesionan los vasos sanguíneos y alteran la capacidad del organismo para autoregularse. La probabilidad de desarrollar este síndrome y su gravedad varía según el virus y la cepa causal. Estos virus son de particular importancia para salud pública dada su capacidad de propagación, su potencial para producir enfermedad grave, y la dificultad para su reconocimiento y tratamiento. El cuadro clínico varía según el virus causal y no todos tienen el mismo potencial de causar el clásico síndrome de fiebre hemorrágica. La mayoría de las infecciones por estos virus son asintomáticas o presentan cuadros relativamente leves, que cursan con un síndrome febril, acompañado de otros síntomas/signos inespecíficos, sin predominio de afectación de un solo órgano o sistema.</p>
<b>Agente causal</b>	<p>Depende del virus causal: <b>Los Arenavirus:</b> la fiebre de Lassa, y la fiebre hemorrágica Argentina, Boliviana, Brasileña y Venezolana; <b>Los Filovirus:</b> virus Ébola y al virus Marburg; <b>Los de la familia del Bunyavirus:</b> el Hantavirus y el Rift Valley Fever; <b>Los Flavivirus:</b> fiebre amarilla y la fiebre del dengue.</p>

**Reservorio**

En la naturaleza, los virus que causan la fiebre hemorrágica normalmente se transmiten de los ratones, las pulgas y las garrapatas a los seres humanos. Las personas pueden contraer la infección al entrar en contacto con la orina, las materias fecales, la saliva o cualquier otro tipo de líquido corporal que proviene de los roedores infectados. Las pulgas y las garrapatas transmiten los virus cuando pican a las personas o cuando las personas aplastan las garrapatas. Los huéspedes de algunos de los virus tales como el de la Ébola y Marburg, no se conocen. Algunos de los virus tales como el de Ébola, el de Marburg y el de Lassa pueden propagarse de persona a persona por medio de contacto directo con la sangre infectada o con los órganos, o indirectamente a través del contacto con los objetos contaminados como las jeringas o agujas que están contaminadas con los líquidos infectados del cuerpo.

**Período de incubación**

Los síntomas se revelan en el transcurso de días, sin embargo, podrían no presentarse hasta varias semanas después de la exposición.

**Mecanismo de transmisión**

Pueden transmitirse de forma secundaria de persona a persona, aunque no es una vía habitual de transmisión, y todos, exceptuando el dengue, son potencialmente aerosolizables por lo que son considerados como agentes biológicos de categoría A de uso potencial en bioterrorismo.

**Definición de caso****sospechoso**

Toda persona no importando su edad y sexo, que presenta el cuadro clínico, por síndrome, aunque los síntomas varían para cada virus específico el cuadro agudo incluye fiebre, erupciones cutáneas, dolores en el cuerpo, dolor de cabeza y fatiga. Los pacientes gravemente enfermos podrían mostrar también signos de shock, sangrado y daño a los vasos sanguíneos en los órganos principales, incluyendo el hígado, los pulmones, el sistema nervioso y, ocasionalmente, los riñones.

**confirmado**

Todo paciente que presente la sintomatología anterior y que por diagnóstico de laboratorio sean positivos para alguno de las enfermedades investigadas.

	<p>Los exámenes de laboratorio recomendados según el síndrome son: Suero, sangre con medio bifásico, sangre con anticoagulante, orina, LCR, biopsia de pulmón, hígado y riñón tanto en formalina al 10% como en refrigeración.</p>
<b>Criterios de laboratorio</b>	<p>El envío de sangre se transporta en medio Bifásico. El anticoagulante recomendado es heparina de 15 – 20 UI. Se deben enviar sueros en refrigeración. Enviar orina a partir de la 2da semana de síntomas y que llegue al laboratorio en no más de 4 h de obtenida la muestra.</p>
<b>Notificación</b>	<p>Notificación inmediata en SISVIG y vía telefónica al Nivel Superior.</p>
<b>Formulario para notificación investigación</b>	<p>Formulario de Eventos de Notificación Obligatoria.</p>
<b>Formulario para la investigación</b>	<p>Formulario de Investigación genérico disponible en la Guía de Epidemiología.</p>
<b>¿Qué investigar?</b>	<p>Lugar de procedencia del enfermo, viajes dentro de los últimos 30 días a áreas endémicas, contacto con roedores, animales salvajes, mosquitos y otros. Descartar si el paciente padece de alguna enfermedad hemorrágica y/o trombocitopenia de manera crónica. Contacto persona a persona y quienes conviven con el enfermo.</p> <p>Evitar el contacto con la orina, material fecal, saliva u otras excreciones corporales de roedores infectados; evitar el contacto con el cuerpo de animales infectados muertos; evitar ser picado por mosquitos o garrapatas infectados; evitar el contacto con animales que han sido picados por mosquitos o garrapatas infectados; evitar el contacto estrecho con personas infectadas o con sus fluidos corporales.</p> <p>Los virus de la fiebre hemorrágica, Ébola, Marburg, fiebre de Lassa, del nuevo mundo, del Congo y de Crimea pueden propagarse de persona a persona por lo que es importante evitar el contacto sin protección personal. Las personas también pueden infectarse al tocar objetos tales como jeringas y agujas hipodérmicas que han sido contaminadas con fluidos corporales infectados.</p>

**Aislamiento, limpieza y desinfección**

Si se identifica a un individuo que ha tenido un contacto casual con un paciente que padece un virus VHF, se debe tomarle la temperatura dos veces al día, por un periodo de tres semanas después del contacto. Si cualquier síntoma aparece, se debe acudir al médico e informar que el individuo se expuso a un virus VHF.

La manera más efectiva de prevenir que se transmitan de persona a persona es el aislamiento médico apropiado de los pacientes infectados y tener precaución de prevenir la exposición al virus de los trabajadores de atención a la salud y otras personas. También se debe prestar atención especial para descartar los desechos médicos y los tejidos de los pacientes infectados.

**quimioprofilaxis**

No aplica

**Tratamiento**

No existe un fármaco específico para el tratamiento de las VHF - los pacientes reciben, atención de apoyo. Los pacientes infectados con el, virus de la fiebre de, Lassa podrían responder al, fármaco antiviral como el Ribavirín, si se los trata, tempranamente en el curso de la infección.

**Vacunación**

La única vacuna autorizada y aprobada para las VHF es para la fiebre amarilla; sin embargo, la vacuna tiene que recibirse antes de la exposición a la fiebre amarilla. Se están estudiando vacunas experimentales para varias otras VHF, pero aún no están autorizadas ni aprobadas para el uso general.

**Bioseguridad**

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades identifican los virus de la fiebre hemorrágica como agentes que se podrían usar como armas biológicas, debido a que algunos que son altamente infecciosos, se pueden propagar fácilmente a través del aire y tienen el potencial para causar un gran número de enfermedades y muertes. También son conocidos por haber sido objeto de investigación de armas biológicas.

**Manejo de contactos**

**Identificación de los contactos:** una vez que se confirma que alguien está infectado por un virus, los contactos se identifican investigando las actividades del paciente y las actividades y funciones de quienes le han rodeado desde el inicio de la enfermedad. Los contactos pueden ser cualquiera que haya estado en contacto con la persona infectada: familiares, compañeros de trabajo, amigos o profesionales sanitarios.

**Elaboración de una lista de contactos:** en esa lista deben incluirse todas las personas que se considere que han tenido contacto con el individuo infectado. Se debe intentar identificar a todas las personas incluidas en la lista e informarlas de que están clasificadas como contactos, de lo que ello significa, de las medidas que se tomarán a continuación y de la importancia de que reciban una atención precoz en caso de que presenten síntomas. Asimismo, deben recibir información sobre la prevención de la enfermedad. En algunos casos, los contactos de alto riesgo pueden necesitar cuarentena o aislamiento, en casa o en el hospital.

**Seguimiento de los contactos:** se debe efectuar un seguimiento regular de todos los contactos para detectar síntomas y signos de infección.

**Medidas Internacionales**

El aumento creciente de la frecuencia y rapidez de los viajes internacionales y del transporte de mercancías y animales, lleva consigo un aumento del riesgo de importación de patógenos desde áreas endémicas a áreas libres de ellos.

Panamá es una importante puerta de entrada en América de personas procedentes de África y de Latinoamérica, lo que podría facilitar la importación de agentes infecciosos tropicales, entre ellos los virus que causan FHV.

**Otras**

Dar seguimiento a los siguientes indicadores: % de casos confirmados, incidencia, prevalencia, Letalidad, mortalidad, % de instalaciones que notifican semanalmente, % de muestras de laboratorio enviadas, % de síndromes investigados.

EVENTO	SÍNDROME FEBRIL AGUDO ICTÉRICO
<b>Código</b>	Sin código SISVIG actualmente. Utilizar código de la enfermedad confirmada.
<b>Descripción Clínica</b>	Síndrome caracterizado por aparición aguda de fiebre más ictericia con menos de tres semanas de evolución, sin otro diagnóstico confirmado; con ausencia de factores conocidos predisponentes del huésped como: Hepatopatía crónica y Síndrome hemorrágico de etiología no infecciosa, (intoxicaciones agudas, neoplasias, medicamentos hematológicos, autoinmune, accidentes por animales ponzoñosos, etc.).
<b>Agente causal</b>	Virus de la Hepatitis, espiroqueta de la Leptospirosis, Malaria <i>falciparum</i> , virus de la Fiebre amarilla, hantavirus, tifoidea
<b>Reservorio</b>	Depende del agente causal. Ser humano y animales.
<b>Período de incubación</b>	Depende del agente causal. Generalmente no más de tres semanas.
<b>Mecanismo de transmisión</b>	Depende del agente causal.
<b>Definición de caso</b>	
<b>Sospechoso</b>	Toda persona, no importando su edad y sexo, que presenta el cuadro clínico con aparición aguda de fiebre, ictericia y enfermedad grave; además de ausencia de factores predisponentes del huésped conocidos Uno o más de las siguientes situaciones: · Ingreso al hospital, colapso circulatorio, insuficiencia orgánica grave, alteración del estado de conciencia y muerte.
<b>Confirmado</b>	Todo paciente que presente la sintomatología anterior y que por diagnóstico de laboratorio sean positivos para alguno de las enfermedades investigadas.
	El diagnóstico se fundamenta en el examen médico y confirmación por laboratorio.
<b>Criterios de laboratorio</b>	Sangre con anticoagulante, LCR, biopsia de hígado, pulmón, riñón. Sangre con heparina, enviar en refrigeración y que llegue al laboratorio dentro las primeras 24 h. Enviar suero en refrigeración.

	<p>Obtención de Muestras: Las muestras deben ser obtenidas por el personal de salud que realiza la investigación del caso. Las muestras deben ser obtenidas en todos los casos son las siguientes: Gota gruesa y frotis de sangre periférica: 2 láminas; Suero: mediante tubos vacutainer se obtendrá 10 cc. de sangre, luego de separar el suero, será repartido en 2 crioviales. Las muestras obtenidas se deben conservar a -20o C; Biopsia de Hígado: en caso de haber fallecido el paciente se obtendrá la biopsia de Hígado. La biopsia se separa en dos muestras de 1cm. de lado cada uno. La primera se conservarán en formol al 10% y la segunda debe estar a -20o C.</p>
<b>Notificación</b>	Notificación inmediata en SISVIG y vía telefónica al Nivel Superior.
<b>Formulario para notificación</b>	Formulario de Eventos de Notificación Obligatoria.
<b>investigación</b>	
<b>Formulario para la investigación</b>	Formulario de Investigación genérico disponible en la Guía de Epidemiología.
<b>¿Qué investigar?</b>	Lugar de procedencia del enfermo, viajes dentro de los últimos 30 días a áreas endémicas, contacto con roedores, animales salvajes, mosquitos y otros. Descartar si el paciente padece de alguna enfermedad hemorrágica y/o trombocitopenia de manera crónica. Contacto persona a persona y quienes conviven con el enfermo.
<b>Prevención y control</b>	Estas medidas están basadas en la sospecha del agente que pueda estar causando el problema, se debe agregar el resultado de laboratorio cuando se han enviado muestras al identificar el agente etiológico o el factor causante del síndrome según corresponda al mismo, para lo que se tomara en el protocolo correspondiente.
<b>Aislamiento, limpieza y desinfección</b>	Aislamiento médico apropiado de los pacientes infectados y tener precaución de prevenir la exposición al virus de los trabajadores de atención a la salud y otras personas. También se debe prestar atención especial para descartar los desechos médicos y los tejidos de los pacientes infectados.
<b>quimioprofilaxis</b>	No aplica
<b>Tratamiento</b>	Depende del agente causal

**Vacunación**

Depende del agente causal. En Panamá contamos con esquema de vacunas de acuerdo a la edad y la necesidad.

**Bioseguridad**

Estas medidas están basadas en la sospecha del agente que pueda estar causando el problema, se debe agregar el resultado de laboratorio cuando se han enviado muestras al identificar el agente etiológico o el factor causante del síndrome según corresponda al mismo, para lo que se tomara en el protocolo correspondiente. Se toman medidas en el caso que el personal tenga heridas en la piel. Se verifica que el laboratorio cuente con un manual de bioseguridad. El personal usa guantes y mascarillas en la obtención, manipulación de las muestras y durante los ensayos. El personal de laboratorio utiliza técnicas apropiadas de lavado de manos. Se observa que el personal use mandil de laboratorio en el área de trabajo. Se observará que se ingiera alimentos ni se fume, ni se bebe dentro del laboratorio. Se observará que se utilicen campos descartables sobre la superficie de trabajo. Se observará que no se pipetee con la boca ningún espécimen de laboratorio. Se observará si en el laboratorio existen afiches de bioseguridad. Se restringe la entrada al laboratorio solo al personal autorizado. Los desechos y el material empleado en los ensayos se eliminan correctamente.

**Manejo de contactos**

Identificación de los contactos: una vez que se confirma que alguien está infectado por un virus, los contactos se identifican investigando las actividades del paciente y las actividades y funciones de quienes le han rodeado desde el inicio de la enfermedad. Los contactos pueden ser cualquiera que haya estado en contacto con la persona infectada: familiares, compañeros de trabajo, amigos o profesionales sanitarios.

<p><b>Medidas Internacionales</b></p> <p><b>Otras</b></p>	<p>Elaboración de una lista de contactos: en esa lista deben incluirse todas las personas que se considere que han tenido contacto con el individuo infectado. Se debe intentar identificar a todas las personas incluidas en la lista e informarlas de que están clasificadas como contactos, de lo que ello significa, de las medidas que se tomarán a continuación y de la importancia de que reciban una atención precoz en caso de que presenten síntomas. Asimismo, deben recibir información sobre la prevención de la enfermedad. En algunos casos, los contactos de alto riesgo pueden necesitar cuarentena o aislamiento, en casa o en el hospital.</p> <p>Seguimiento de los contactos: se debe efectuar un seguimiento regular de todos los contactos para detectar síntomas y signos de infección.</p> <p>Las señaladas para cada etiología. Apoyarse en el Código Sanitario Internacional.</p> <p>Dar seguimiento a los siguientes indicadores: % de casos confirmados, incidencia, prevalencia, Letalidad, mortalidad, % de instalaciones que notifican semanalmente, % de muestras de laboratorio enviadas, % de síndromes investigados.</p>
---	--

<b>EVENTO</b>	<b>SÍNDROME FEBRIL AGUDO CON MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS</b>
<b>Código</b>	Sin código SISVIG actualmente. Utilizar código de la enfermedad confirmada.
<b>Descripción Clínica</b>	Cuadro caracterizado por fiebre aguda, con presentación aguda de alteración del sistema neurológico, definida por la presencia de uno o varios de los siguientes signos: Deterioro agudo de la función mental (por ejemplo, pérdida de la memoria, comportamiento anormal, alteración de la conciencia); aparición aguda de parálisis; convulsiones; signos meníngeos; movimientos involuntarios (por ejemplo: corea, temblor, mioclonus); cualquier otro síntoma grave que se crea que es una disfunción del sistema neurológico y enfermedad grave en ausencia de factores predisponentes conocidos en el paciente: Alteraciones metabólicas, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, diabetes mellitus, tirotoxicosis.
<b>Agente causal</b>	Depende del agente causal: VIH, rabia, enterovirus, poliovirus, meningitis bacteriana, meningitis amebiana, cisticercosis, botulismo.
<b>Reservorio</b>	El ser humano, animales, alimentos.
<b>Período de incubación</b>	Depende del agente causal. Generalmente menos de tres semanas.
<b>Mecanismo de transmisión</b>	Depende del agente causal. Algunas manifestaciones del síndrome son contagiosas y pueden diseminarse por el contacto con la saliva, descarga nasal, heces, o secreciones respiratorias y de la garganta (a menudo diseminadas por los besos, la tos o compartir vasos, utensilios de comida o artículos personales como cepillos de dientes, lápices labiales o cigarrillos). Pueden infectarse las personas que viven en la misma casa, en una guardería infantil, o en un salón de clase con una persona infectada. Los estudiantes universitarios que viven en dormitorios, en particular los del primer año, corren mayor riesgo de contraer meningitis meningocócica que los estudiantes universitarios en general.
<b>Definición de caso</b>	

**Sospechoso**

Paciente con aparición de disfunción del sistema neurológico de menos de tres semanas de evolución, definido con uno o varios de los siguientes signos: Deterioro agudo de la función mental (pérdida de la memoria comportamiento anormal, estado reducido de conciencia); aparición aguda de parálisis; convulsiones; signos de irritación meníngea; movimiento involuntario (Corea, temblor, mioclonus); otro síntoma grave atribuido a una disfunción del sistema neurológico y fiebre aguda.

**Confirmado**

Caso sospechoso con agente causal identificado por laboratorio

**Criterios de laboratorio**

**Cultivo de garganta** para detectar organismos virales o bacterianos que causan meningitis o encefalitis. En este procedimiento, se cepilla la parte de atrás de la garganta con un hisopo de algodón estéril, que luego se coloca en un medio de cultivo. Luego se permite que los virus y bacterias crezcan en el medio. Las muestras generalmente se toman en el consultorio del médico o en un laboratorio y se envían para análisis a laboratorios. Generalmente los resultados están disponibles en 2 a 3 días.

**La punción lumbar:** el líquido se examina para detectar la presencia de bacterias o sangre, al igual que medir los niveles de glucosa (un nivel bajo de glucosa es un signo de meningitis bacteriana o fúngica) y glóbulos blancos (el recuento elevado de glóbulos blancos también es un signo de infección). Generalmente el procedimiento se hace en un hospital y lleva alrededor de 45 minutos. También se cultiva para realizar antibiograma y detectar resistencia a antibióticos.

**Hemocultivos:** Las muestras de sangre se colocan en una placa especial para ver si crecen microorganismos, en especial bacterias. También puede colocarse una muestra en un portaobjetos y teñirse (tinción de Gram), luego se estudia en un microscopio para determinar si hay bacterias.

**Exámenes generales:** Hemograma, química sanguínea, urianálisis deben ser realizados para complementar el diagnóstico.

**Notificación**

Notificación inmediata en SISVIG y vía telefónica al Nivel Superior.

**Formulario para notificación investigación**

Formulario de Eventos de Notificación Obligatoria.

**Formulario para la investigación**

Formulario de Investigación genérico disponible en la Guía de Epidemiología.

**¿Qué investigar?**

Investigar antecedentes de vacunación, ambiente de trabajo y casa, si ha tenido contacto con alguien tosiendo o enfermo con fiebre, lugar de trabajo, hábitos higiénicos, si el paciente utiliza medicamentos inmunosupresores o tiene alguna enfermedad que disminuya las defensas.

**Prevención y control**

Buena higiene personal puede reducir el riesgo de contraer la enfermedad de una persona infectada. Evite compartir alimentos, utensilios, vasos y otros objetos con una persona que pueda estar expuesta tener o que tenga una infección. Lavado de manos frecuente y enjuagarse con agua corriente.

Es posible que se pida a las personas que viven, trabajan o van a la escuela con alguien que ha sido diagnosticado con meningitis bacteriana que tomen antibióticos durante unos días como medida preventiva.

Para disminuir el riesgo de ser picado por un mosquito infectado u otro insecto, las personas deben limitar las actividades en exteriores por la noche, usar vestimentas con mangas largas en exteriores, usar repelentes de insectos que sean eficaces en esa región particular del país, y eliminar del jardín y áreas exteriores los charcos de agua estancada en los que proliferan los mosquitos. No aplique repelentes excesivamente, particularmente en niños pequeños y especialmente en bebés, porque las sustancias pueden absorberse por la piel.

**Aislamiento, limpieza y desinfección**

Evitar que el paciente acuda a su trabajo o lugar de estudios, utensilios de uso personal restringidos al enfermo (preferiblemente lavarlos con agua, jabón y cloro), permanecer en casa en su dormitorio, cubrirse la boca al toser o estornudar, limpieza de superficies con cloro y ambiental, mejorar la ventilación del área donde esté el enfermo.

**quimioprofilaxis**

Considerar quimioprofilaxis para el personal de salud en contacto con el paciente y familiares, dependiendo del agente causal.

**Tratamiento**

Depende del agente causal. Los pacientes con fiebre y manifestaciones neurológicas deben recibir tratamiento médico específico inmediato y agresivo. El síndrome puede evolucionar rápidamente y tiene el potencial de causar daño neurológico grave e irreversible. En caso de agentes virales se puede utilizar acyclovir y ganciclovir. si la causa es bacteriana se utilizará el antibiótico indicado.

**Vacunación**

En Panamá contamos con las vacunas eficaces para prevenir la neumonía, H. influenza, meningitis neumocócica y la infección con otras bacterias que pueden causar meningitis.

Vacunar en sucio, previa advertencia de la posibilidad de ser portador al momento de la vacunación.

**Bioseguridad**

Utilice guantes para realizar toma de muestras de sangre, curaciones, baño de pacientes y aseo de unidad. Utilice además mono gafas, mascarilla y delantal plástico para curaciones y procedimientos donde se esperen salpicaduras, derrames, aerosoles, o salida explosiva de sangre o líquidos corporales.

Antes de tomar las muestras de sangre rotule el tubo; emplee la técnica correcta y evite la presencia de derrames en las paredes externas. Envíe al laboratorio los tubos sellados y debidamente rotulados, disponiéndolos en gradillas y éstas a su vez en un recipiente irrompible para evitar accidentes al personal encargado del transporte de dichas muestras.

Antes de desechar los sistemas de drenajes como Cistofló, drene al vacío; evacue los líquidos o drenajes respectivos en las unidades sanitarias agregando soluciones de hipoclorito a 5000 ppm. durante 30 minutos, posteriormente deseche éstos recipientes en una bolsa plástica roja.

Realice todos los procedimientos empleando las técnicas asépticas, los métodos correctos, teniendo en cuenta en disponer los residuos en los recipientes respectivos. No arroje residuos al piso o en áreas no destinadas para ello.

<p><b>Manejo de contactos</b></p>	<p>Identificación de los contactos: una vez que se confirma que alguien está infectado por un virus, los contactos se identifican investigando las actividades del paciente y las actividades y funciones de quienes le han rodeado desde el inicio de la enfermedad. Los contactos pueden ser cualquiera que haya estado en contacto con la persona infectada: familiares, compañeros de trabajo, amigos o profesionales sanitarios.</p>
	<p>Elaboración de una lista de contactos: en esa lista deben incluirse todas las personas que se considere que han tenido contacto con el individuo infectado. Se debe intentar identificar a todas las personas incluidas.</p>
<p><b>Medidas Internacionales</b></p>	<p>Seguimiento de los contactos: se debe efectuar un seguimiento regular de todos los contactos para detectar síntomas y signos de infección.</p>
<p><b>Otras</b></p>	<p>Lo establecido por el país y el Código Sanitario Internacional.</p> <p>La preparación se centra en la vigilancia, desde la detección de los casos hasta su investigación y confirmación de laboratorio.</p>

<b>EVENTO</b>	<b>SÍNDROME FEBRIL CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS</b>
<b>Código</b>	Sin código SISVIG actualmente. Utilizar código de la enfermedad confirmada.
<b>Descripción Clínica</b>	Cuadro febril respiratorio agudo que avanza a una neumonía en poco tiempo, más común en pacientes mayores de 60 años, niños menores de 5 años o en pacientes con enfermedades inmunodeprimidas.
<b>Agente causal</b>	Las etiologías pueden corresponder a influenza, virus, peste neumónica, tosferina, leptospirosis, ántrax neumónico, hanta, SARS.
<b>Reservorio</b>	Depende del agente causal. Ser humano y animales.
<b>Período de incubación</b>	Depende del agente causal. Generalmente menos de 7 días.
<b>Mecanismo de transmisión</b>	Depende del agente causal. Los virus y bacterias presentes comúnmente en la nariz o garganta de los niños, pueden infectar los pulmones al inhalarse. También pueden propagarse por vía aérea, en gotículas producidas en tosidos o estornudos. Además, la neumonía puede propagarse por medio de la sangre, sobre todo en el parto y en el período inmediatamente posterior. Se necesita investigar más sobre los diversos agentes patógenos que causan la neumonía y sobre sus modos de transmisión, ya que esta información es fundamental para el tratamiento y la prevención de la enfermedad.
<b>Definición de caso</b>	
<b>Sospechoso</b>	Todo paciente mayor de 5 años de edad con inicio brusco de fiebre, acompañado de tos o dificultad respiratoria y ausencia de factores predisponentes conocidos en el paciente.
<b>Confirmado</b>	Caso sospechoso + agente causal identificado
<b>Criterios de laboratorio</b>	<p><b>Prueba de esputo:</b> Después de una tos profunda se toma una muestra de líquido de los pulmones (esputo), y se analiza para determinar el tipo de infección.</p> <p><b>Cultivo de líquido pleural:</b> Se toma una muestra de fluido de la zona pleural y se analiza para ayudar a determinar el tipo de infección.</p> <p><b>Análisis de sangre:</b> para confirmar la presencia de la infección y tratar de identificar el tipo de organismo que la causa. La identificación precisa sólo ocurre aproximadamente en la mitad de las personas con neumonía.</p>
<b>Notificación</b>	Notificación inmediata en SISVIG y vía telefónica al Nivel Superior.
<b>Formulario para notificación</b>	Formulario de Eventos de Notificación Obligatoria.

## investigación

### Formulario para la investigación

#### ¿Qué investigar?

Formulario de Investigación genérico disponible en la Guía de Epidemiología.

Antecedentes de vacunación, contacto con personas con fiebre o cuadros respiratorios agudos, si padece enfermedades o toma medicamentos que disminuyen las defensas, viajes a lugares con brotes endémicos, inicio de sintomatología.

Corregir factores ambientales como la contaminación del aire interior y fomentar una higiene correcta en hogares hacinados.

Use protección respiratoria al entrar en contacto con un paciente con sospecha.

Limite a lo esencial los traslados del paciente. Si es necesario, deberá usar una máscara (cubre bocas) quirúrgica.

### Prevención y control

Las precauciones por gotas (>5 mc.) deberán aplicarse en estos pacientes ya que se generan al estornudar, toser o hablar, o durante la realización de procedimientos. Use una máscara quirúrgica cuando trabaje muy cerca del paciente (menos de un metro).

Las manos deben lavarse entre contactos con pacientes. El uso de guantes es otra medida también muy importante en la prevención de infecciones. Es necesario subrayar que las manos han de lavarse aun cuando se utilicen guantes

Lavado de las manos con jabón, la reducción de la contaminación del aire doméstico, la prevención del VIH y la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol en los niños infectados por el VIH o expuestos a él.

#### Aislamiento, limpieza y desinfección

Idealmente, el paciente se instalará en un cuarto privado. Si no se dispone de cuarto privado, procure instalar al paciente en un cuarto doble junto con otro paciente con el mismo diagnóstico, si el riesgo de otra infección no existe.

Lave las prendas personales. Use agua caliente y jabón para lavar los utensilios de cocina, toallas, ropa de cama y prendas de vestir de una persona contagiada.

<b>Quimioprofilaxis</b>	<p>Desinfecte las superficies. Utilice un desinfectante para limpiar las superficies que puedan haber sido contaminados por el sudor, la saliva, el moco, vómito, heces u orina. Utilice guantes desechables y tírelos cuando haya terminado.</p> <p>Depende del agente causal.</p>
<b>Tratamiento</b>	<p>La mayoría de los casos requieren antibióticos por vía oral los cuales suelen recetarse en centros de salud. Estos casos también pueden ser diagnosticados y tratados con antibióticos orales a nivel comunitario. Se recomienda la hospitalización solamente en los casos graves.</p>
<b>Vacunación</b>	<p>La inmunización contra la Hib, neumococos, sarampión y tos ferina es la forma más eficaz de prevenir.</p>
<b>Bioseguridad</b>	<p>Se deben destruir totalmente los desechos y eliminar así los residuos peligrosos para la salud humana y contaminante del medio ambiente. A falta de incineradores en las unidades de salud resaltando aquí algunas recomendaciones que nos permitan descontaminar y procurar el mejor destino final de los mismos tomando en cuenta que no se debe enviar estos al mismo sitio de los desechos comunes</p>
<b>Manejo de contactos</b>	<p>Identificación de los contactos: una vez que se confirma que alguien está infectado por un virus, los contactos se identifican investigando las actividades del paciente y las actividades y funciones de quienes le han rodeado desde el inicio de la enfermedad. Los contactos pueden ser cualquiera que haya estado en contacto con la persona infectada: familiares, compañeros de trabajo, amigos o profesionales sanitarios.</p>
<b>Medidas Internacionales</b>	<p>Elaboración de una lista de contactos: en esa lista deben incluirse todas las personas que se considere que han tenido contacto con el individuo infectado. Se debe intentar identificar a todas las personas incluidas.</p> <p>Seguimiento de los contactos: se debe efectuar un seguimiento regular de todos los contactos para detectar síntomas y signos de infección.</p>
<b>Otras</b>	<p>Lo establecido por el país y el Código Sanitario Internacional.</p> <p>La preparación se centra en la vigilancia, desde la detección de los casos hasta su investigación y confirmación de laboratorio.</p>

EVENTO	TÉTANOS
Código evento CIE	<b>(A33, A34, A35)</b>
Descripción clínica	<p>El <b>tétanos adquirido o accidental</b> puede ser <b>generalizado</b>, se caracteriza por aumento del tono muscular y espasmos generalizados. Lo primero es un aumento del tono muscular en los músculos maseteros (Trismo o cierre de la mandíbula) que es característico. Luego disfagia, rigidez en los músculos del cuello, hombros y espalda Luego en abdomen y músculos proximales de los miembros; las manos y los pies estén debidamente respetados. La contracción sostenida de los músculos faciales produce la “risa sardónica” y la de los músculos dorsales, una espalda arqueada (opistótono). Algunos enfermos presentan espasmos musculares paroxísticos, cualquier mínimo estímulo visual o táctil podría ocasionar un espasmo tetánico, <b>localizado</b> y se manifiesta en forma de espasmos dolorosos de los músculos adyacentes a la herida, y puede preceder al tétano generalizado o <b>cefálico</b> el cual es una forma rara de tétano generalizado, donde hay retracción párpados, desviación de la mirada, trismo, sonrisa sardónica y parálisis espástica de la lengua y musculatura faríngea.</p> <p><b>Tétanos neonatal:</b> Los síntomas aparecen desde los 3 a 28 días después de nacido, en promedio 7 días, estos son: interrupción de la lactancia materna (el primer signo en un recién nacido) debido a la dificultad para fijar el pezón y mamar que suele comenzar al tercer día de vida; posición característica con las piernas extendidas y los brazos plegados hacia el tórax, con las manos cerradas, debido a la dificultad para abrirlas; crisis generalizada de contracciones que culminan en opistótonos y duran unos pocos minutos. Entre estos espasmos, el niño tiene aspecto normal, el muñón umbilical puede presentar restos de suciedad, sangre o suero coagulado, pero también puede parecer relativamente normal.</p>
Agente causal	la bacteria <i>Clostridium tetani</i> (C.tetani)
Reservorio	El principal reservorio de C. tetani es el intestino de los seres humanos y los animales y el suelo usado para la agricultura o la ganadería, o los productos obtenidos a partir de los excrementos de caballos, vacas, ovejas, gatos, ratas y pollos. El suelo contaminado con excrementos de estos animales o tratado con abonos a base de estiércol contiene gran cantidad de esporas. En las zonas agrícolas y ganaderas, las personas adultas también pueden hospedar las esporas en el aparato digestivo. Las esporas se han encontrado asimismo en la piel y como contaminantes de la heroína

Periodo de incubación	Oscila entre 3 y 21 días, y generalmente es de unos 8 días. En el tétanos neonatal, los síntomas suelen aparecer entre 4 y 14 días después del nacimiento, con un promedio de 7 días.
Mecanismo de transmisión	Se transmite mediante la introducción de las esporas en el organismo a través de heridas, desgarros, quemaduras, traumas de piel, mordeduras (humanas o animales) y procedimientos invasivos con instrumental contaminado (cirugías, abortos). En el tétanos neonatal la enfermedad se produce por la introducción de esporas del tétanos a través del cordón umbilical.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<b>Tétanos (adquirido o accidental):</b> Persona mayor de un mes que presenta, al menos dos de las tres manifestaciones siguientes: 1. Contracciones musculares dolorosas, principalmente del masetero y de los músculos del cuello y la nuca, que producen los espasmos faciales conocidos como trismo y risa sardónica. 2. Contracciones musculares dolorosas de los músculos del tronco 3. Espasmos musculares generalizados (a menudo en posición de opistótonos). <b>Tétanos neonatal:</b> 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 Toda muerte neonatal de un niño que succionaba y lloraba normalmente durante las primeras 48 horas.
Confirmado	<input type="checkbox"/> <b>Criterio clínico:</b> Todo caso sospechoso, asociado a manifestaciones clínicas como: incapacidad para succionar (trismus), risa sardónica, opistótonos, crisis de contracturas, rigidez de nuca.
<b>Criterios de laboratorio</b>	No corresponde
<b>Notificación</b>	El tétanos (adquirido o accidental, neonatal) caso, brote o defunción, es de notificación individual inmediata y colectiva semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG, se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Caso: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: Formulario genérico de investigación individual de eventos de notificación obligatoria. Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.

Qué investigar?	Fuente de infección, antecedentes de vacunación del caso, factores de riesgo.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	No corresponde
Limpieza y desinfección	No corresponde
Profilaxis	Tratamiento de las heridas: Se basa en una evaluación cuidadosa para determinar si la lesión está limpia o contaminada, en los antecedentes de vacunación de la persona, en el empleo apropiado del toxoide tetánico y de la inmunoglobulina antitetánica o ambas, en el aseo de la herida y cuando sea necesario en el desbridamiento quirúrgico y el empleo adecuado de antibióticos.
Tratamiento	o Inmunoglobulina antitetánica por vía intramuscular en dosis de 3000 a 6000 UI, si no se cuenta con la inmunoglobulina, debe administrarse por vía intravenosa una sola dosis elevada de antitoxina tetánica (de origen equino). Antibióticos: Se recomienda un ciclo de 10 a 14 días con metronidazol por vía oral (o intravenosa, 3 mg/kg por día, administrado a intervalos de seis horas; máximo de 4 g por día).
Vacunación	Considerarse la inmunización activa con el toxoide tetánico
Bioseguridad	No corresponde
Manejo de los contactos	No corresponde
Medidas internacionales	Viajeros actualizar su esquema de vacunación.
Otras	

EVENTO	TOS FERINA (A37.0, A.37.5, A37.S)
Código evento CIE	
Descripción clínica	<p>Clásicamente se divide en tres períodos clínicos: catarral, paroxístico y convalecencia. Período catarral: (1 a 2 semanas) inicio insidioso con coriza, malestar, anorexia y tos nocturna. Puede estar ausente en el neonato y lactante pequeño. Período paroxístico: (2 a 6 semanas) se caracteriza por tos paroxística, con 5 a 15 golpes de tos en espiración que terminan en un silbido inspiratorio. Puede acompañarse de vómitos y, ocasionalmente, pérdida de conocimiento. Las complicaciones se presentan con cierta frecuencia durante el período paroxístico y son de tipo neurológico y respiratorio, tales como encefalopatía con pérdida de conciencia y convulsiones, atelectasia pulmonar, neumonía y bronquiectasias. Período convaleciente (2 a 4 semanas) se caracteriza porque la tos es menos intensa y desaparecen los otros síntomas y signos.</p>
Agente causal	<i>La Bordetella pertussis es el agente causal de la tos ferina</i>
Reservorio	<i>El ser humano es su único reservorio y huésped</i>
Periodo de incubación	<i>El período de incubación va entre 7 a 10 días y en raras ocasiones excede los 14 (rango: 6 a 20 días).</i>
Mecanismo de transmisión	Se transmite por contacto directo de persona a persona, a través de gotitas de secreciones respiratorias de individuos infectados.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p>Caso Sospechoso para menores de 1 año*: Paciente con historia de tos de cualquier duración y uno de los siguientes síntomas: - paroxismos (es decir, ataques de tos), - estridor al inspirar, - vómitos inmediatamente después de la tos apnea (con o sin cianosis) sin otra causa obvia. Incluye todos los casos de síndrome coqueluchoide que cumplan con los criterios anteriormente indicados.</p> <p>*Orienta a la sospecha el hemograma con leucocitosis &gt; 20 000 con predominio de linfocitos superior a 60%.</p> <p>Caso Sospechoso para mayores de 1 año: Paciente con historia de tos de 14 días o más y uno de los siguientes síntomas: - paroxismos (es decir, ataques de tos), - estridor al inspirar, - vómitos inmediatamente después de la tos sin otra causa obvia. Incluye todos los casos de síndrome coqueluchoide que cumplan con los criterios anteriormente indicados.</p>

Confirmado	Caso sospechoso que es confirmado según uno de los siguientes criterios: -Aislamiento del agente bacteriano Bordetella pertussis. -Detección molecular de Bordetella pertussis por reacción en cadena de la polimerasa (PCR). -Caso vinculado epidemiológicamente a un caso confirmado por laboratorio (Nexo epidemiológico).
Criterios de laboratorio	Identificación de Bordetella pertussis mediante pruebas moleculares o cultivo.
<b>Notificación</b>	La Tos ferina y el síndrome coqueluchoide, caso, brote o defunción, es de notificación inmediata y colectiva. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG, se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.
Formulario para la notificación	Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIF-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Es obligatoria e inmediata (< de 48 horas)
Formulario para la investigación	Caso: Formulario de investigación de Tos ferina o Síndrome coqueluchoide. Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.
¿Qué investigar?	Fuente de infección, antecedentes de vacunación del caso, de sus contactos y del perifoco, presencia de sintomáticos respiratorios en la vivienda y en el perifoco, factores de riesgo, documentar en el caso la presencia de tos de 14 días o más de iniciada la misma, en casos de menores de seis meses dónde nació el bebé, dónde se atendió la madre el embarazo, dónde tiene su control médico el niño.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Tipo respiratorio. Los casos sospechosos que no reciban antibiótico deben mantenerse aislados durante 3 semanas después de la aparición de la tos paroxística o hasta que esta desaparezca, lo que ocurra primero.
Limpieza y desinfección	Las medidas de desinfección son poco eficaces.
Quimioprofilaxis	A todos los contactos en el hogar de un caso sospechoso de tos ferina y de síndrome coqueluchoide, que estén dentro de los 21 días de exposición (a partir del inicio de tos paroxística) y que están en alto riesgo de enfermedad grave. Los macrólidos, eritromicina, claritromicina y azitromicina son los antimicrobianos de elección para la quimioprofilaxis de la infección por Bordetella pertussis.
Tratamiento	Al caso. Los macrólidos, eritromicina, claritromicina y azitromicina son los antimicrobianos de elección

	para el tratamiento de la infección por Bordetella pertussis.
Vacunación	Según esquema nacional de vacunación
Bioseguridad	Precauciones estándares, etiqueta respiratoria, vacunación a funcionario de salud.
Manejo de los contactos	Búsqueda y toma de muestra a casos similares, quimioprofilaxis a contactos con riesgo de enfermedad grave y actualización de esquema de vacunación.
Medidas internacionales	Viajeros actualizar su esquema de vacunación según la norma vigente.
Otras	

EVENTO	TOXOPLASMOSIS
Código evento CIE	A15.0, 1, 2, 3; A16.0, 1, 2,
Descripción clínica	<p>La toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa sistémica causada por el <i>Toxoplasma gondii</i>. Se estima que el 25% de la población general es portadora del parásito <i>Toxoplasma</i>. La infección aguda en personas inmunocompetentes suele ser asintomática. Puede presentarse como un cuadro febril con mialgias y adenopatías, que cursa con linfocitosis.</p> <p>La toxoplasmosis es importante en cuanto a la clínica por dos situaciones concretas: la reactivación de la forma latente en los individuos inmunodeprimidos (importante en VIH) y la afectación fetal por la primoinfección de la mujer embarazada (toxoplasmosis congénita).</p> <p>En inmunodeprimidos, produce cuadros graves, afectando el sistema nervioso central (SNC) y retiniana.</p> <p>La toxoplasmosis congénita tiene una presentación clínica distinta en función del periodo de la gestación en el que se produce la infección, siendo la gravedad del cuadro clínico y de las secuelas inversamente proporcionales al tiempo de embarazo. La infección fetal se produce con difusión del parásito a los diversos tejidos principalmente retina, cerebro, tejido muscular, corazón, hígado, bazo, pulmón, entre otros.</p> <p>El período gestacional más crítico está entre las semanas 10 y 26, el feto es demasiado inmaduro y puede sufrir daños importantes.</p> <p>Si la infección ocurre durante el <i>primer trimestre</i> del embarazo puede producir la tetrada típica: hidrocefalia o microcefalia, coriorretinitis y calcificaciones cerebrales bilaterales. Otros síntomas menos frecuentes que pueden aparecer en el recién nacido son ictericia, hepatoesplenomegalia, trombocitopenia y pleocitosis en el LCR. Los casos más graves tienen una alta mortalidad intrauterina, sin embargo existen formas más larvadas con desarrollo de secuelas a partir del año de vida, como alteraciones oculares y retraso psicomotor. Las infecciones fetales que ocurren en el <i>último trimestre</i> del embarazo se presentan, a menudo, como coriorretinitis y pueden no manifestarse hasta la segunda década de la vida.</p> <p>El diagnóstico prenatal se basa en la detección de síntomas clínicos y mediante técnicas de imagen como la ecografía junto con resultados serológicos. No existe ninguna prueba serológica en la madre que certifique infección en el feto, para ello hay que recurrir a técnicas invasivas.</p>

	<p>La prevalencia de la toxoplasmosis varía mucho de unos países a otros, se atribuye a distintos factores como diferencias climáticas y culturales en cuanto a la cantidad y al tipo de alimento consumido crudo o poco cocinado, por ejemplo, predominio del consumo carne de vaca y pollo con menor riesgo de infección respecto al cerdo o cordero. En los países con la incidencia más alta, nacen entre 3 y 6 de cada 1000 niños anualmente con toxoplasmosis.</p>
<b>Agente causal</b>	<p>Toxoplasma gondii es un protozoo perteneciente al grupo denominado Apicomplexa, familia Sarcocystidae, clase Sporozoa.</p>
<b>Reservorio</b>	<p>Los felinos actúan como huésped definitivo, constituyendo el principal reservorio. Los gatos se contagian al comer aves y roedores infectados, pudiendo también reinfectarse con oocistos al lamerse para acicalarse. Como huéspedes intermediarios pueden actuar otros vertebrados como cabras, cerdos, ganado vacuno, aves y el hombre.</p>
<b>Periodo de incubación</b>	<p>El periodo de incubación en la madre es de 10 a 23 días cuando la infección tuvo lugar por ingestión de carne poco cocinada y entre 5 a 20 días cuando la transmisión está relacionada con gatos.</p>
<b>Mecanismo de transmisión</b>	<p>Ingestión de quistes presentes en la carne al consumirla cruda o insuficientemente cocinada o por oocistos presentes en el suelo, vegetales o agua. Inhalación de oocistos esporulados presentes en el medio. La infección rara vez se adquiere a través de sangre, leche o trasplante de donante infectado. La infección transplacentaria se produce cuando una mujer se infecta por primera vez durante el embarazo y en su sangre circulan taquizoítos (parásitos en fase de división rápida). El parásito pasa la placenta materna y llega al feto produciendo infección o abortos.</p>
<b>Definición de caso</b>	<p>Criterio clínico: El espectro clínico de la enfermedad incluye desde coriorretinitis crónica o recurrente hasta cuadros graves con hidrocefalia, calcificaciones intracraneales y coriorretinitis como síntomas más característicos. Caso congénito se define a efectos de vigilancia y notificación como aquel que comienza en un niño que no ha cumplido un año de edad.</p>
<b>Sospechoso</b>	<p>Paciente febril con linfadenopatías y trastornos visuales. Puede presentar coriorretinitis, convulsiones, LCR Xantocrómico.</p> <p>Toxoplasmosis congénita: Recién nacido de madre con serología positiva. Puede presentar hepatoesplenomegalia, hidrocefalia, microcefalia, calcificaciones intracraneales.</p>

Confirmado	<p>Caso sospechoso con al menos uno de los cuatro siguientes criterios de laboratorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. confirmación de <i>Toxoplasma gondii</i> en tejidos o líquidos corporales.</li> <li>2. detección del ácido nucleico de <i>Toxoplasma gondii</i> en una muestra clínica.</li> <li>3. respuesta específica de anticuerpos (IgM, IgG, IgA) de <i>Toxoplasma gondii</i> en un recién nacido.</li> <li>4. valores persistentemente estables de IgG de <i>Toxoplasma gondii</i> en un niño menor de 12 meses.</li> </ol>
<b>Criterios de laboratorio</b>	Mediante técnicas de inmunofluorescencia indirecta o enzoinmunoanálisis es posible detectar IgM o IgA en un alto porcentaje de los recién nacidos con toxoplasmosis congénita. Otras técnicas más complejas, como el ensayo de inmunofiltración (ELIFA) o el inmunoblot, permiten detectar la aparición de anticuerpos IgG, IgM o IgA en el 90% de los casos de toxoplasmosis congénita.
<b>Notificación</b>	<p>La Toxoplasmosis Congénita, se notifica de manera individual, obligatoria, además de colectiva semanal.</p> <p>Si el caso se notificó como sospechoso, concluida la investigación, actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado en SISVIG.</p>
Formulario para la notificación	<p>Individual: Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública</p> <p>Brote: Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología.</p> <p>Defunciones: Formulario de Notificación de Defunciones.</p> <p>SISVIG.</p>
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria e mediata cuando se trata de un caso, de brote o defunción.
Formulario para la investigación	<p>Individual: Formulario de Investigación Individual Genérico</p> <p>Brote: Formulario de Caracterización del brote.</p>
Qué investigar?	<p>Exposición a fauna doméstica, roedores.</p> <p>En embarazadas tamizaje de la enfermedad.</p> <p>Contactos familiares mediante cuantificación de anticuerpos, buscando fuente común. Buscar la fuente de infección. En caso de infección congénita, medir títulos de anticuerpos en la madre.</p>
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	No requiere
Limpieza y desinfección	No requiere.

	<p>Sin embargo es importante saber que el ciclo del parásito intracelular incluye tres estadios: a) Taquizoitos b) Bradizoitos c) Esporozoitos: en esta forma se encuentra en los ooquistes y es la forma resistente al medioambiente uno a 5 días en el medio ambiente para continuar el proceso y ser infectantes. Pueden sobrevivir en el medio durante meses y son resistentes a desinfectantes, congelación y desecación. Temperaturas de 70 °C o mayores los destruyen.</p>
Quimioprofilaxis	<p>Ninguna.</p> <p>Los pacientes con VIH/SIDA con toxoplasmosis sintomática intensa deben recibir durante toda su vida piremetamina, sulfadiacina y ácido polínico.</p>
Tratamiento	<p>No siempre indicado en pacientes inmunocompetentes y sanos, excepto en infección inicial durante el embarazo, corioretinitis, miocarditis o afección de otros órganos.</p>
Vacunación	<p>Ninguna</p>
Bioseguridad	<p>Medidas universales de bioseguridad para el manejo de las muestras de laboratorio.</p>
Manejo de los contactos	<p>En contactos familiares, cuantificar anticuerpos buscando fuente común.</p>
Medidas internacionales	
Otras	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Orientar sobre el cuidado de mascotas (Gatos): alimentación, limpieza especialmente de excretas.</li> <li><input type="checkbox"/> Control de los gatos callejeros</li> <li><input type="checkbox"/> Orientación y educación a las madres (ingesta de carne bien cocida)</li> <li><input type="checkbox"/> Lavarse bien las manos después de manipular animales o sus desechos, así como carne cruda, tierra probablemente contaminada y antes de comer.</li> </ul>

EVENTO	TUBERCULOSIS (TB)
Código evento CIE	Sospecha de TB pulmonar: Z03.0 TB Pulmonar: A15.0-A15.3, A15.7-A15.9, A16.0-A16.2, A16.7-A16.9, A19.0- A19.2, A19.8, A19.9 TB Extra pulmonar: A15.4 -A15.6, A16.3-16.5, A17.0, A17.1, A17.8, A17.9, A18.0-A18.8 VIH con TB: B20.0 TB que complica embarazo, parto y puerperio: O98.0 TB resistente: U84.3, U84.32, U84.34, U84.31, U84.35, U84.33
Descripción clínica	La TB es una enfermedad infecto contagiosa producida por especies del género <i>Mycobacterium tuberculosis</i> . La infección inicial puede evolucionar de manera directa hasta culminar en tuberculosis pulmonar, o por diseminación linfo hematogena del bacilo; hasta llegar a causar infección pulmonar, miliar, meníngea o de localización extra pulmonar.
Agente causal	Complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , que incluye al <i>M. tuberculosis</i> , <i>M. africanum</i> y <i>M. canetti</i> , y, el <i>M. bovis</i> . En nuestro medio el <i>M. tuberculosis</i> es el agente etiológico habitual ya que la especie africana es excepcional y la transmisión de <i>M. bovis</i> casi ha desaparecido. Ocasionalmente el <i>M. microtti</i> , <i>M. caprae</i> , <i>M. pinnipedii</i> ha ocasionado la enfermedad en seres humanos.
Reservorio	Los seres humanos son los principales reservorios del <i>Mycobacterium tuberculosis</i> . En raras ocasiones los primates. El ganado vacuno es reservorio del <i>M. bovis</i> . En algunas zonas, los tejones, los cerdos y otros mamíferos pueden estar infectados por al <i>M. tuberculosis</i> , <i>M. africanum</i> y <i>M. canetti</i> .
Periodo de incubación	De 2 a 10 semanas desde que el bacilo llega al alveolo, hasta que aparece la lesión primaria o una reacción tuberculínica significativa o positividad en las pruebas de liberación del Interferón Gamma. Una vez infectada la persona el riesgo de desarrollar enfermedad tuberculosa pulmonar o extrapulmonar es mayor durante uno o dos años después de la infección; pero persiste durante toda la vida como infección latente.
Mecanismo de transmisión	Entre el 85-95 % de los contagios es vía aerógena por la exposición al bacilo tuberculoso en los núcleos de gotitas de saliva o gotitas de "Pflüger" suspendidas en el aire. En los lugares en donde no se pauteriza la leche de vaca la puerta de entrada oro digestiva para la <i>M. bovis</i> puede ser significativa.
<b>Definición de caso</b>	
Presuntivo o sospechoso	<b>Casos presuntivo de TB Pulmonar:</b> Persona con tos y expectoración de 15 o más días de duración.

	<p><b>Caso presuntivo de Tb extrapulmonar:</b> Persona que presenta signos y síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa de cualquier localización extrapulmonar cuando no hay evidencia de otra enfermedad que los explique y se ha llevado a cabo una evaluación diagnóstica completa.</p>
Confirmado	<p><b>TB Pulmonar:</b> Caso presuntivo con esputo u otra muestra pulmonar positiva por BAAR diagnosticada mediante baciloscopías, pruebas moleculares, cultivo u otra técnica aprobada por el LCRSP.</p> <p>○</p> <p>Caso con esputo negativo por BAAR pero, ha sido diagnosticado con TB activa por otro método, inicie o no un ciclo de tratamiento de TB.</p> <p>○</p> <p>Caso sospechoso sin o con baciloscopías desconocida pero, ha sido diagnosticado con TB activa por otro método inicie o no un ciclo de tratamiento de TB.</p> <p><b>Tb extrapulmonar:</b> caso presuntivo con confirmación histológica, mico bacteriológica o clínicamente diagnosticada en otros órganos que no sean los pulmones, parénquima pulmonar o árbol traqueo bronquial. Por ejemplo pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges. Incluye casos diagnosticados por imagenología, histología sugestiva, y casos extrapulmonares sin confirmación de laboratorio. Si el caso clínicamente diagnosticado posteriormente resulta bacteriológicamente positivo debe ser reclasificado como bacteriológicamente confirmado.</p>
Criterios de laboratorio	<p>Identificación del <i>Mycobacterium tuberculosis</i> en esputo u otro tipo de muestra; mediante pruebas moleculares o cultivo. El frotis por BAAR o baciloscopía también es otra técnica diagnóstica de la Tuberculosis, aun cuando su sensibilidad es baja (aproximadamente 65%).</p>
Notificación	<p><b>Mediata:</b> dentro de los siguientes 7 días laborables posterior a su diagnóstico, cuando se trata de un caso o defunción.</p> <p><b>Inmediata:</b> cuando se trate de TB en trabajador de la salud, TB drogo resistente y brotes o conglomerados de casos, sospechosos o confirmados. Además debe informarse telefónicamente al nivel correspondiente de acuerdo al flujograma establecido en las normas de vigilancia. Todas las notificaciones deben realizarse en SISVIG en los módulos correspondientes.</p>

Formulario para la notificación	Los casos se notifican en el Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública; las defunciones en el formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG. Los brotes, en el Formulario de Notificación de brote.
<b>Investigación</b>	La investigación es obligatoria y mediata cuando se trata de un caso o defunción. La TB drogo resistente, en trabajadores de salud y los conglomerados o brotes es de investigación inmediata.
Formulario para la investigación	Para investigar un caso o defunción se utiliza el Formulario de Investigación Individual Genérico. La investigación de brotes o conglomerados se realiza de acuerdo a la Guía y Lineamiento para la Investigación de Brotes. Se utiliza el Formulario de Investigación de Brote establecido en las normas de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud.
Qué investigar?	Fuente de infección, historia de tratamiento previo y resistencia a medicamento de caso y contactos. Antecedentes de privación de libertad, historia laboral, antecedentes de vacuna de BCG en menores de cinco años. Candidatos para el tratamiento de la ILTB. Identificar riesgos ambientales y conductuales para transmisión de la TB, determinantes sociales y económicos, identificar área de procedencia y grupo poblacional al que pertenece el caso y sus contactos. Se debe priorizar los contactos de acuerdo al mayor riesgo de enfermar tras la exposición al enfermo de TB.
<b>Prevención y Control</b>	Aplicar las tres medidas para el control de infecciones por Tuberculosis: medidas de control administrativo gerencia, medidas de control ambiental y las medidas de protección respiratoria (Norma Técnica para el Control de la Tuberculosis en Panamá. Capítulo de las medidas de control).
Aislamiento	Aislamiento respiratorio ante la sospecha de TB pulmonar. El paciente debe usar mascarilla quirúrgica hasta que se disponga del resultado de laboratorio. Los que resulten con TB pulmonar bacteriológicamente confirmados deben continuar usando mascarilla hasta que se negativice la baciloscopía. El aislamiento de TB sensible y drogo resistente se suspende cuando el paciente tenga por los menos dos baciloscopía negativa seriada; además de observarse mejoría clínica y esté recibiendo su tratamiento directamente observado. Separar al paciente con TB de los pacientes de alto riesgo para desarrollar enfermedad tuberculosa: VIH/SIDA, Diabetes Mellitus, Cáncer, enfermos renales crónicos, pacientes reumatológicos que reciben cortico esteroides y/o medicamentos antifactor de necrosis tumoral, pacientes trasplantados que reciben inmunosupresores, embarazadas y otros.

Limpeza y desinfección	Lavado frecuentes de manos aun cuando se utilice guantes. Desinfección según normas.
Quimioprofilaxis	Isoniacida 10mg/kg diaria durante 6 meses a los menores de 5 años contacto de casos de Tb bacteriológicamente confirmados, previo a ser evaluado por el médico y descartado enfermedad tuberculosa. Isoniacida 5mg/kg (dosis máxima 300mg), diariamente durante 6 meses a adulto o adolescente que viva con VIH previo a ser tamizado para TB mediante el algoritmo de 4 síntomas: fiebre, tos, pérdida de peso y sudoración nocturna. Sino presenta ninguno de estos síntomas se debe administrar el tratamiento para ITBL. <b>Otras opciones: Ver norma de Tuberculosis</b>
Tratamiento	Según normas del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.
Vacunación	Vacunar con BCG a todo recién nacido según las Normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
Bioseguridad	Lavado cuidadoso de manos. Uso de respirador N95 o N100. Descontaminación del aire por ventilación; puede complementarse con filtración y el uso de luz ultravioleta. (Ver Norma Técnica para el Control de la Tuberculosis en Panamá. Capítulo de las medidas de control).
Manejo de los contactos	Investigación y priorización de contactos, en especial los de corta edad, diabéticos, embarazadas; pacientes con cáncer, con enfermedades reumatológicas, que toman medicamentos inmunosupresores, adultos mayores, personas con VIH/SIDA, enfermos renales o en hemodiálisis.
Medidas internacionales	Notificación a través del Centro Nacional de Enlace, los casos procedentes de otros países.
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>URETRITIS INESPECÍFICA.</b>
Código evento CIE	<b>CIE10- N34.1</b>
Descripción clínica	<p>Es una enfermedad auto limitada y sus complicaciones son raras. Los síntomas aparecen entre 1 y 3 semanas después de tener relaciones sexuales. Casi todas las mujeres y algunos hombres no presentan síntomas, aunque tengan la enfermedad. Presentan sintomatología como: dolor, irritación, prurito, disuria, secreción blanquecina o transparente de mal olor que sale de la uretra, pujo y tenesmo vesical, ardor y dolor al orinar, pueden también presentarse síntomas en la región perineal, oral y síntomas generales inespecíficos (fiebre, dolor de estómago, etc. En mujeres se puede presentar secreción vaginal (de características similares a la uretral), cervicitis, ardor, dolor, un sangrado profuso puede indicar que la infección ha progresado a una enfermedad pelviana inflamatoria.</p> <p>Se pueden dañar los órganos reproductores. En las formas graves, tanto hombres como mujeres pueden quedar estériles. Una madre que tiene la infección puede contagiar a su bebé durante el parto.</p>
Agente causal	<p>La chlamydia, el micoplasma o los ureoplasma.</p> <p>Bacterias: <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Ureaplasma urealyticum</i>, <i>Gardnerella vaginalis</i> y <i>Mycoplasma genitalium</i>.</p> <p>Virus: Virus del Herpes Simple, Adenovirus.</p> <p>Parásitos: Se pueden encontrar rara vez organismos como <i>Trichomonas vaginalis</i></p>
Reservorio	Los seres humanos
Periodo de incubación	
Mecanismo de transmisión	Es de persona a persona durante el transcurso de la relación sexual, entre el pene y la vagina o el pene y el recto.
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Toda persona que presente síntomas como: prurito, disuria, secreción blanquecina o transparente de mal olor que sale de la uretra, pujo y tenesmo vesical, ardor y dolor al orinar
Confirmado	
Criterios de laboratorio	Todo caso sospechoso sin prueba de laboratorio confirmatoria de infección por un agente causal específico.
<b>Notificación</b>	Colectiva, rutinaria, semanal. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.

Formulario para la notificación	
<b>Investigación</b>	
Formulario para la investigación	
Qué investigar?	Investigación de contactos y de la fuente de infección
<b>Prevención y Control</b>	<p><b>Use preservativos:</b> Use un preservativo o condón durante la relación sexual oral, vaginal, y anal. Pregunte sobre más información sobre el uso correcto del preservativo.</p> <p><b>No tenga relaciones sexuales con alguien que tenga uretritis.</b> Esto incluye el sexo oral, vaginal y anal.</p> <p><b>No tenga relaciones sexuales durante el tratamiento:</b> No tenga relaciones sexuales mientras usted o sus parejas estén recibiendo tratamiento.</p> <p><b>Reporte un embarazo:</b> Informe a su médico si su pareja femenina está embarazada. Usted puede haber contagiado la infección a ella, y ella se la puede pasar a su bebé durante el parto.</p>
Aislamiento	No es necesaria ninguna medida de aislamiento. Deben evitarse las relaciones sexuales mientras toma el medicamento y hasta la desaparición de los síntomas, además la eliminación de.
Limpieza y desinfección	Eliminación cuidadosa de los artículos contaminados con secreción uretrales y vaginales blanquecina o transparente de mal olor.
Quimioprofilaxis	De los contactos habituales.
Tratamiento	A la persona infectada y a sus contactos. La droga de elección es: doxiciclina, tetraciclinas, eritromicina en RN y embarazadas) y Azitromicina. Control 10 días luego de terminar el tratamiento.
Vacunación	Ninguna
Bioseguridad	Utilización de guante por el personal de salud al examinar al paciente y personal de laboratorio.
Manejo de los contactos	

Medidas internacionales	<p>Asimismo, el plan está en consonancia con la visión, las metas y las líneas estratégicas de acción de las estrategias mundiales del sector de la salud para el VIH y las ITS (2016-2021), de la OMS, que fueron refrendadas por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016, así como con la Estrategia mundial de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes (2016-2030). Se ciñe a los principios de la Estrategia Mundial (2016-2021) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y las ambiciosas metas de la “vía rápida” e incluye las metas “90-90-90” con respecto a la atención y el tratamiento,<sup>4</sup> así como las metas regionales para la prevención en América Latina y el Caribe que fueron refrendadas en foros regionales realizados en el 2014 y el 2015 en la ciudad de México y en Rio de Janeiro . Por último, refleja la transición de los ODM a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y su ejecución contribuirá al objetivo de poner fin al sida como problema de salud pública, en cumplimiento del ODS.</p>
Otras	

<b>EVENTO</b>	<b>VARICELA</b>
Código evento CIE	(B01.0.1, 2, 3,8y9)
<b>Descripción clínica</b>	<p>La varicela es una enfermedad aguda que se inicia con un periodo prodrómico semejante a un cuadro gripal con fiebre leve o moderada luego una erupción cutánea vesiculosa generalizada, que consta de lesiones pruriginosas en diferentes etapas de actividad y resolución. La erupción cutánea es maculo papulosa durante unas cuantas horas, vesiculosa durante unos tres o cuatro días y después forma costras granulosas. Se acompaña de adenopatía cervical. Las vesículas uniloculares y se colapsan al pincharla. Las lesiones aparecen por lo común en brotes sucesivos y se observan en diferentes etapas de maduración, al mismo tiempo tienden a mostrar una distribución central y son más numerosas en las partes cubiertas que en las expuestas. Las lesiones dérmicas pueden producir cicatrices permanentes.</p> <p>Si bien la varicela suele ser una enfermedad benigna de la infancia, el virus puede ocasionar neumonía o encefalitis. Los recién nacidos que contraen la varicela entre los 5 y 10 días de vida tienen mayor riesgo de varicela generalizada grave.</p>
Agente causal	Herpevirus humano 3(Alfa) o virus varicela-zóster (VVZ)
Reservorio	Son los seres humanos.
Periodo de incubación	Es de 7 a 28 días; comúnmente, entre 14 y 16 días. Puede prolongarse hasta 28 días después de la inmunización pasiva contra varicela y ser más corto en las personas inmunodeficientes.
<b>Mecanismo de transmisión</b>	<p>Directa de persona a persona: Por inhalación de gotitas de líquido vesicular transportadas por el aire. Por inhalación de secreciones del tracto respiratorio, particularmente cuando el enfermo tose o estornuda. La transmisión aérea de la Varicela se ha demostrado claramente en los ambientes hospitalarios.</p> <p>Indirecta: ocurre cuando un individuo tiene: contacto con artículos contaminados, contacto con secreciones respiratorias o contacto con el líquido vesicular.</p>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	Toda persona con Rash o exantema maculo-papulo-vesicular de comienzo repentino, en ausencia de otra causa aparente.
Confirmado	Caso sospechoso de varicela que cumple con la descripción clínica o por nexo epidemiológico (entendido como el antecedente de contacto en periodo de transmisibilidad con un caso de varicela)

<b>Criterios de laboratorio</b>	No se cuenta con método de laboratorio para esta patología.
<b>Notificación</b>	El caso de varicela es de notificación colectiva semanal. El brote o defunción, es de notificación individual inmediata
Formulario para la notificación	Caso: Formulario de Eventos de Notificación Obligatoria Semanal/ENO, SISVIG-Notificación Obligatoria/ENO. Brote: Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones, SISVIG-VIGMOR
<b>Investigación</b>	Solo Brotes
Formulario para la investigación	Brote: Formulario de Caracterización de Brote.
Qué investigar?	Fuente de infección, antecedentes de vacunación del caso, de sus contactos y del perifoco, factores de riesgo.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Excluir a los niños de las escuelas, los consultorios médicos, las salas de urgencia y los sitios públicos hasta que las vesículas se sequen y formen costra; excluir a los adultos infectados de los lugares de trabajo y evitar el contacto con personas susceptibles. En los hospitales, se debe realizar aislamiento estricto.
Limpieza y desinfección	Desinfección concurrente de los artículos contaminados con secreciones nasales y faríngeas.
Quimioprofilaxis	No corresponde
Tratamiento	No existe tratamiento específico para la Varicela. La inmunoglobulina de varicela-zoster aplica en término de 96 horas después de la exposición puede prevenir o atenuar la enfermedad. Está indicada en los recién nacidos de mujeres que hayan presentado varicela en el término de cinco días antes o dos días después del parto.  Los fármacos antivíricos, como el aciclovir, resultan útiles para prevenir o modificar la varicela, si se administra en el término de una semana después de la exposición.
Vacunación	Según esquema nacional de vacunación
Bioseguridad	Precauciones estándares, vacunación a funcionario de salud.
Manejo de los contactos	Si la vacuna contra la varicela se aplica en el término de tres días, luego de la exposición, es eficaz en prevenir o atenuar la enfermedad en las personas susceptibles
Medidas internacionales	Ninguna
Otras	

EVENTO	ZIKA
Código evento CIE	<b>(A98.2)</b>
Descripción clínica	<p>Después de un período de incubación la enfermedad comienza abruptamente exantema por lo general céfalo caudal que en su fase convaleciente puede producirse descamación laminar, Prurito intenso, con fiebre de baja intensidad, e Hiperemia conjuntival no purulenta, puede haber compromisos articular, cefalea, mialgia, náuseas, diarrea y vómito. Puede producir complicaciones en el embarazo (producto con malformaciones congénitas o posterior en el crecimiento y desarrollo) y alteraciones neurológicas donde la más frecuente está el Síndrome de Guillan Barré. Las manifestaciones de la enfermedad van desde el estado asintomático (alrededor del 80% de los casos), la infección febril aguda (20% de los casos) y los síndromes neurológicos (0.8% de los casos).</p>
Agente causal	Virus del Zika
Reservorio	El humano y primates no humano
Periodo de incubación	3 a 12 días
Mecanismo de transmisión	Picadura del mosquito hembra <i>Aedes aegypti</i> y <i>albopictus</i>
<b>Definición de caso</b>	
Sospechoso	<p>Paciente que presenta exantema y/o elevación de temperatura corporal axilar (&gt;37,2 °C) y uno o más de los siguientes síntomas (que no se explican por otras condiciones médicas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Artralgias o mialgias</li> <li>-Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival</li> <li>-Cefalea o malestar general</li> </ul> <p>Complicación neurológico: Todo caso sospechoso que presente trastorno neurológico en especial SGB, mielitis o encefalitis.</p> <p style="text-align: center;"><b>Complicación congénita:</b></p> <p>Recién nacido vivo que presente al menos un criterio de estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Microcefalia o alguna malformación congénita del sistema nervioso central.</li> <li>- Alguna otra malformación congénita visible.</li> <li>- Presenta alteraciones morfológicas intracraneales diagnosticadas por cualquier método de imagen, excluidas otras posibles causas conocidas.</li> <li>- Alguna anomalía congénita y que la madre durante el embarazo tenga una prueba positiva a virus Zika o haya presentado exantema durante el embarazo.</li> </ul>

<p>Confirmado</p>	<p>Caso sospechoso con pruebas de laboratorio positivas por virus Zika. *Trasmisión vertical sin síndrome congénito debe ser una prueba serológica positiva.</p> <p>Identificación del virus Zika por pruebas moleculares, cultivo y serológicas en las complicaciones neurológicas y congénitas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extraer 5 a 7 ml de sangre, utilizar tubo seco sin anticoagulante.</li> <li>• En caso de neonatos tomar dos microtainers sin anticoagulante.</li> <li>• Recolectar muestra de orina a mujeres embarazadas (hasta 14 días de evolución).</li> <li>• La extracción de líquido amniótico está sujeta a criterio del médico especialista.</li> </ul>
<p>Criterios de laboratorio</p>	<p>Muestras adicionales para pacientes con síndromes neurológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enviar muestras de orina y líquido cefalorraquídeo (LCR)</li> </ul> <p>MUESTRAS PARA SEROLOGÍA (A partir del 6° día de evolución)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extraer 5 a 7 ml de sangre, utilizar tubo seco sin anticoagulante</li> <li>• En caso de neonatos tomar dos microtainers sin anticoagulante.</li> </ul> <p>Toda muestra se debe conservar a 4°C de refrigeración hasta que sea transportada al ICGES antes de las 72 horas y mantener la cadena de frío. De no enviarse la muestra dentro de las 72 horas debe conservarse a -20°C.</p>
<p><b>Notificación</b></p>	<p>Caso, brote o defunción, es de notificación inmediata e individual. Si el caso se notificó como sospechoso, concluido la investigación, en SISVIG se debe actualizar el diagnóstico y el estado como confirmado o descartado.</p>
<p>Formulario para la notificación</p>	<p>Formulario de Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública, SISVIG-Notificación Individual. Brote: Formulario para la Notificación Obligatoria de Brote de Cualquier Etiología. Defunción: Formulario de Notificación de Defunciones. SISVIG-VIGMOR</p>
<p><b>Investigación</b></p>	<p>Es obligatoria e inmediata (&lt; de 48 horas)</p>
<p>Formulario para la investigación</p>	<p>Caso: Formulario Genérico de investigación. Brote: Formulario para la Caracterización de Brote.</p>

Qué investigar?	Fuente de infección, factores de riesgo y procedencia del caso; los contactos, presencia de sintomáticos en la vivienda y en el perifoco. Presencia de embarazadas en el foco.
<b>Prevención y Control</b>	
Aislamiento	Los casos sospechosos deben estar bajo mosquiteros.
Limpieza y desinfección	No aplica
Quimioprofilaxis	Ninguna
Tratamiento	Analgésicos y medidas de sostén según sea el caso y las complicaciones
Vacunación	No aplica
Bioseguridad	No aplica
Manejo de los contactos	Búsqueda y toma de muestra a casos con similar sintomatología.
Medidas internacionales	No aplica
Otras	Vigilancia entomológica, educación comunitaria con participación social y educación a la mujer en edad fértil con énfasis al uso de barreras protectoras durante el embarazo, control físico (eliminación de criaderos), control químico y control legal.

## **II. FORMULARIOS EPIDEMIOLÓGICOS**

República de Panamá - Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social  
Formulario de Notificación e Investigación de Caso de Diarrea por Rotavirus

*Se notificará e investigará todo caso sospechoso que cumpla con la definición siguiente: Niño menor de cinco años con diarrea aguda, definida como tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, con hasta 14 días de duración y ha sido tratado en una instalación de salud.*

Fecha de inicio de investigación. / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Región \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Corregimiento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN:** Asegurado Si o No / \_\_\_/ No Céd o Exp \_\_\_\_\_ No SS \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Persona Responsable \_\_\_\_\_

F. Nac./ \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/ Edad / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/ Sexo M o F / \_\_\_/ Peso / \_\_\_Kg. Talla / \_\_\_ Cm.  
Día mes año día mes año

Dirección \_\_\_\_\_ Cerca de: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No de Edif. /casa \_\_\_\_\_ No Apto \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Está en guardería: Si o No / \_\_\_/ Nombre: \_\_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS**

**VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS** / \_\_\_/ Si, No, Desc.

Fecha 1ra Dosis / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/ , Fecha 2da Dosis / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Fechas de: Día Mes Año

Inicio de Diarrea / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Número de evacuaciones en las últimas 24 hrs. / \_\_\_/

Diagnóstico inicial / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Características de las evacuaciones:

Notificación / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Líquidas: / \_\_\_/

Hospitalización / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Semilíquidas: / \_\_\_/

Egreso / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Otras: \_\_\_\_\_

Defunción / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Lactancia Materna: Si, No o Des / \_\_\_/

**OTROS HALLAZGOS AL INGRESO**

Fiebre: Si, No o Des / \_\_\_/ , F. Inicio / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Vómito: Si, No o Des / \_\_\_/ , F. Inicio / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/ / Número en las últimas 24 hrs: / \_\_\_/

Deshidratación: Si, No ó Des / \_\_\_/ , Choque: Si, No ó Des / \_\_\_/ ,

Uso de antibióticos: Si, No ó Des: Antes de Hospitalización: / \_\_\_/ , Cual(s): \_\_\_\_\_

Durante hospitalización / \_\_\_/ , Cual(s): \_\_\_\_\_

Tratamiento en el hospital: \_\_\_\_\_

Complicaciones: Si ó No: / \_\_\_/ , Cuales \_\_\_\_\_ Desc. Si ó No / \_\_\_/

Ingresó a unidad de cuidados intensivos Si ó No: / \_\_\_/ , Desc. Si ó No / \_\_\_/

Fecha de término de diarrea: / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/ , Se desconoce, alta con diarrea / \_\_\_/

Motivo del alta: Mejoría / \_\_\_/ , Solicitud / \_\_\_/ , Defunción: / \_\_\_/

Caso aislado Si, No ó Des / \_\_\_/ , Brote / \_\_\_/

**DATOS DE LABORATORIO**

Muestra de heces Si ó No: / \_\_\_/ , Fecha de la colecta / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/ , Desc. Si ó No / \_\_\_/

Hallazgos en el examen de heces: Si ó No: Bacterias / \_\_\_/ , Cuales \_\_\_\_\_ No / \_\_\_/

Parásitos / \_\_\_/ , Cuales \_\_\_\_\_ No / \_\_\_/

Rotavirus / \_\_\_/ . Serotipo \_\_\_\_\_ No / \_\_\_/

Diagnóstico Final del caso: \_\_\_\_\_

Caso confirmado / \_\_\_/ , Caso descartado / \_\_\_/ , Fecha: / \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/

Nombre del funcionario que llena el formulario: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

MINISTERIO DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLINICO  
FORMULARIO DE TOMA DE MUESTRA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (Información  
Epidemiológica)

Caso N°		Fecha			
Nombre:					
Edad		Sexo		Teléfono	
Lugar de nacimiento					
Lugar de residencia actual				Tiempo en esta área	
Otros lugares de residencia y/o lugares visitados					
Tiene conocimiento de padecer de la enfermedad de Chagas		si		no	
<b>Tipo de vivienda en donde ha vivido</b>					
Cemento - zinc		Madera - zinc		Madera - penca	
Penca - paredes de caña		Penca sin paredes		Tierra - penca	
Tierras - zinc otra					
<b>Tipo de vivienda en donde vive</b>					
Cemento - zinc		Madera - zinc		Madera - penca	
Penca - paredes de caña		Penca sin paredes		Tierra - penca	
Tierras - zinc otra					
Conoce o ha visto chinches triatominos en casa		si		no	
Animales que conviven en el área de residencia					
Presencia de palmas reales cercanas a su vivienda		si		no	
Almacenamiento de leña/madera dentro o cerca de su vivienda		si		no	
Sintomatología					
Médico solicitante			Institución		
<b>SEROLOGIA</b>	Fecha		Resultados		



**MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - CLÍNICAS PRIVADAS**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**  
**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**



**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DESPUÉS DE LAS INMUNIZACIONES**

1.- NOMBRE DEL PACIENTE _____		Para uso del Nivel Local		No. del Caso	
2.- EDAD	AÑOS _____ MESES _____	3.- SEXO	A-MASCULINO <input type="checkbox"/>	Para uso del Nivel Regional	<input type="checkbox"/>
4.- ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/> No. SS _____	NO	<input type="checkbox"/> No. CÉDULA O EXPEDIENTE _____		
5.- DIRECCIÓN	_____			TELÉFONO	_____
6.- NOMBRE DE LA MADRE O RESPONSABLE	_____				
7.- REGIÓN DE SALUD	8. INSTALACIÓN DE SALUD QUE REPORTA _____				
9.- INSTALACIÓN QUE APLICÓ LA VACUNA	_____				
10.- TIPO DE VACUNA APLICADA	No. LOTE(S)	LABORATORIO(S) PRODUCTOR(ES) Y		PAÍS(ES)	
A.					
B.					
C.					
D.					
11.- TIPO(S) DE VACUNA(S) APLICADA(S), FECHA DE EXPIRACIÓN Y NÚMERO DE ÚLTIMA(S) DOSIS APLICADA(S)					
TIPO DE VACUNA APLICADA	FECHA EXPIRACIÓN	No. DE LA(S) ÚLTIMA DOSIS APLICADA(S)			
A		1a.	2a.	3a.	1er.R <input type="checkbox"/> 2do.R <input type="checkbox"/>
B		1a.	2a.	3a.	1er.R <input type="checkbox"/> 2do.R <input type="checkbox"/>
C		1a.	2a.	3a.	1er.R <input type="checkbox"/> 2do.R <input type="checkbox"/>
D		1a.	2a.	3a.	1er.R <input type="checkbox"/> 2do.R <input type="checkbox"/>
12.- FECHA DE APLICACIÓN DE LA DOSIS	DÍA _____ MES _____ AÑO _____		13. TEMPERATURA POST-VACUNAL _____ °C		
14.- TIPO DE REACCIONES		15.- FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS			
<b>EVENTOS SEVEROS</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>EVENTOS SEVEROS</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>EVENTOS LEVES</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
1. LINFADENITIS SUPURATIVA		11. ABSCESO ESTÉRIL		19. REACCIÓN LOCAL*	
2. ADENITIS POST BCG		12. TROMBOCITOPENIA		20. IRRITABILIDAD	
3. OSTEITIS POR BCG		13. LLANTO PERSIS. > 3HRS		21. FIEBRE < 40 °C	
4. RACCIÓN ALERGICA		14. LIPOTIMIA O FLACIDEZ		22. EXANTEMA	
5. REACCIÓN ANAFILÁCTICA		15. EPISODIO DE HIPOTONIA			
6. CONVULSIÓN		E HIPORREACTIVIDAD		<b>ERRORES OPERATIVOS</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. FIEBRE > 40 °C		16. NEUMONIA		23. ABSCESO	
8. PARÁLISIS		17. INVAGINACION		24. SEPSIS/SHOCK SEPTICO	
9. NEURITIS PLEXO BRAQUIAL		18. P.Flácida Aguda/SGB		25. DAÑO NERVIOS CIÁTICO	
10. ENCEFALITIS/ENCEFALOPATÍA		OTROS (ESPECIFIQUE)			
*Reacción local en el área de inmunización: dolor, tumefacción, enrojecimiento					
16.- ANTECEDENTES PREVIOS DE REACCIÓN ALÉRGICA A LAS VACUNAS O ANTIBIÓTICOS O CUALQUIERA OTRA SUSTANCIA U OTROS (especifique) _____					
17.- LUGAR DE APLICACIÓN DE LA VACUNA _____		18. Vía de aplicación _____			
19.- QUÉ TIEMPO DESP		MENOS DE 1 HORA <input type="checkbox"/> 1 A 12 HORAS <input type="checkbox"/>		>12 A 24 HORAS <input type="checkbox"/> MÁS DE 24 HORAS <input type="checkbox"/>	
20.- SECUELAS POST-VACUNALES (especifique) _____		DÍA _____ MES _____ AÑO _____			
21.- MUERTE POST- VACUNAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE LA MUERTE	DÍA _____ MES _____ AÑO _____		
22.- RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20.- HOSPITALIZACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
23.- NOMBRE DEL HOSPITAL _____					
24.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL PACIENTE _____					
25.- RECIBIÓ MEDICAMENTOS POST-VACUNALES		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES? ESPECIFIQUE LA DOSIS _____		
26.- DIAGNÓSTICO _____					
27.- NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE APLICÓ LAS VACUNAS (LETRA IMPRENTA) _____					
28.- NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE EVALUÓ LA REACCIÓN (LETRA IMPRENTA) _____					
PROFESIÓN _____	FIRMA _____	FECHA DEL REPORTE		DÍA _____	MES _____ AÑO _____
FIRMA EPIDEMIOLOGÍA NIVEL REGIONAL _____					

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones: Fax:512-9611, teléfonos 512-9612, 512-9610 y 512-9614  
 Correo electrónico: minsadgpai@ihpanama.com. República de Panamá.

## **INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DESPUÉS DE LAS INMUNIZACIONES**

1. Las reacciones adversas severas deben comunicarse inmediatamente a Nivel Regional y Central de Epidemiología.
2. No deje espacio en blanco, las respuestas negativas son de vital importancia
3. Llene el formulario con letra imprenta preferiblemente y en forma legible.
4. En el punto 10 del formulario donde usted registra el tipo de vacuna aplicada, se usará las claves A, B, C y D, de tal manera que cuando usted llene el punto 11 no sea necesario que usted escriba nuevamente el nombre de la vacuna.
5. En caso de defunción después de la inmunización, es muy importante solicitar estudios post mortem, por lo que se debe inmediatamente de solicitar autopsia y asesoría a nivel central.

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones.



**MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL- SECTOR PRIVADO**  
**FORMULARIO DE NOTIFICACION E INVESTIGACION DE INTOXICACIONES AGUDAS POR PLAGUICIDAS**

**I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE (NOTIFICACION)**

CEDULA		N° Expediente:			ASEGURADO SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		
NOMBRE:				APELLIDO:					
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Edad cumplida	Años	Meses	Días	EMBARAZADA SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	LACTANCIA SI <input type="checkbox"/>								NO <input type="checkbox"/>
SEXO:	Masc <input type="checkbox"/>	Fem <input type="checkbox"/>	Grupo de Edad:		Persona responsable: (En menores o discapacitados):				
Provincia		Región		Distrito		Corregimiento			
Localidad o Comunidad o Sector			Calle		N°Casa/Apto		Telefonos:		
Punto de Referencia									

**II. DATOS CLINICOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PACIENTE**

Nombre Genérico del Plaguicida						Nombre Comercial del Plaguicida				
Fecha de	Día	Mes	Año	Hora/min	AM	PM	Causa	Condición inicial	Vía Exposición	Manifestación clínica
Exposición										
Inicio de síntomas							Laboral <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>	Oral <input type="checkbox"/>	Sistémica <input type="checkbox"/>
Atención							Accidental <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Dérmica <input type="checkbox"/>	Dérmica <input type="checkbox"/>
Hospitalización							Intento suicidio <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Oftálmica <input type="checkbox"/>	Oftálmica <input type="checkbox"/>
Egreso							Intento homicidio <input type="checkbox"/>		Respiratorio <input type="checkbox"/>	Sin síntomas <input type="checkbox"/>
Defunción									Otras <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>
Toma de muestra										
Tipo de muestra:	Sangre (Colinesterasa)		Resultado:				Orina (paraquat)	Resultado:		
Tejidos (Necropsia)		Resultados:								

**Diagnóstico: (Según CIE-10)**

Tipo de Caso:		Sospechoso <input type="checkbox"/>	Confirmado <input type="checkbox"/>	Criterio de caso :		Clinico epidemiologico <input type="checkbox"/>	Clinico laboratorial <input type="checkbox"/>
Manejo (Tipo de Atención)		Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Hospitalizado <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>			
Lugar de la intoxicación		Casa	Trabajo	Escuela	Lugar público/privado	Nombre del lugar/Teléfono	
Provincia		Región		Distrito		Corregimiento	

**II. DATOS DE NOTIFICACION**

Instalación de Salud:				Teléfono:			
Servicio:		Fecha recibido a Nivel Regional (D/MA):					
Nombre del notificador			Cargo:		Fecha notificación(D/M/A):		
Nombre del capturador:				Fecha captura formulario (D/M/A):		Hora de Captura (AM/PM)	
Observaciones:							



**MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL- SECTOR PRIVADO**  
**FORMULARIO DE NOTIFICACION E INVESTIGACION DE INTOXICACIONES AGUDAS POR PLAGUICIDAS**

Pág. 2

Nombre y apellido:	Cedula/# Expediente:	Institucion:
--------------------	----------------------	--------------

**IV. DATOS SOBRE LA EXPOSICION (INVESTIGACION)**

Lugar de la intoxicación	Casa	Trabajo	Escuela	Lugar público/privado	Nombre del lugar/Teléfono				
Provincia	Región		Distrito		Corregimiento				
Plaguicida por Gpo. Químico:	Organofosforado <input type="checkbox"/>	Piretroides <input type="checkbox"/>	Carbamatos <input type="checkbox"/>	Organoclorados <input type="checkbox"/>	Bipiridilos <input type="checkbox"/>	Fenoxi(2,4-D) <input type="checkbox"/>	Picolínicos (Picloram) <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>	
Clase de Plaguicida según tipo organismo a controlar:	Herbicida <input type="checkbox"/>	Insecticida <input type="checkbox"/>	Acaricida <input type="checkbox"/>	Fungicida <input type="checkbox"/>	Nematicida <input type="checkbox"/>	Molusquicida <input type="checkbox"/>	Rodenticida <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>	
<b>Tipo de plaguicida según uso</b>									
Plaguicida permitido	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Plaguicida restringido	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Plaguicida prohibido		Plaguicida Desconocido	
						Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Si es Operario Laboral</b>	Empresa donde trabaja			Ocupación		Tipo de actividad			
	Tipo de trabajo que realizaba					1. Agrícola	Cultivos:		
	Cuenta con carnet de aplicador de plaguicidas:			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	2. Pecuaria	Especie:		
	Cuenta con un área de lavado del equipo de aplicación			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	3. Otro:			
	Si es No, donde realiza el lavado:			Rio <input type="checkbox"/>	Quebrada <input type="checkbox"/>	Cuenta con Asesor Técnico Fitosanitario			
	Patio de la casa <input type="checkbox"/>			Tina de la casa <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	Cuenta con área de descontaminación personal			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuenta con equipo de protección personal		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Realiza el tripe lavado			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Realiza perforado de los envases		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Cumple con la distancia establecida en áreas críticas			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuenta con lugar para preparación de la mezcla o caldo quim.(del plaguicida)		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Lugar donde almacena el producto:					Lava la ropa usada para fumigar en el trabajo junto a la de la familia		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Si es Operario No laboral</b>	Producto comprado con receta			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	La dosificación del plaguicida fue obtenida a través de:			
	Cuenta con carnet de aplicador de plaguicidas:			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asesor Técnico Fitosanitario (ATF)	
	Lava la ropa usada para fumigar en casa junto a la de la familia			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Vendedor <input type="checkbox"/>	Fabricante <input type="checkbox"/>		
	Cuenta con un área de lavado del equipo de aplicación			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Técnico del Mida <input type="checkbox"/>	Empírico <input type="checkbox"/>		
	Si es No, donde realiza el lavado:			Rio <input type="checkbox"/>	Quebrada <input type="checkbox"/>	Patio de la casa <input type="checkbox"/>	Tina de la casa <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	
	Cumple con la distancia establecida en áreas críticas			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lugar donde almacena el producto:			

**V. DATOS DE INVESTIGACION**

Instalación de Salud	Teléfono:	Región:
Nombre (s) de Investigador (es):	Cargo:	Fecha (D/M/A)
Nombre capturador:	Fecha(D/M/A)	
Observaciones:		

## INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO DE NOTIFICACION E INVESTIGACION DE INTOXICACIONES AGUDAS POR PLAGUICIDAS

### I. DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES (NOTIFICACIÓN)

**Cédula:** registrar aquí el número de cedula

**No. Expediente:** en caso de no tener cedula de identificación registrar aquí el número de expediente

**Asegurado:** llenar con una cruz si es asegurado en la casilla de Si y si no es asegurado en la casilla de No.

**Fecha de Nacimiento:** registrar aquí día, mes y año de nacimiento

**Edad cumplida:** registrar aquí la edad en años cumplidos si es mayor o igual a 1 año. Si es menor de un año se pondrá meses. Si es menor de 1 mes se pondrá días.

**Embarazada:** llenar con una cruz si está embarazada en la casilla de **Si** y si no está embarazada en la casilla de **No**.

**Lactancia:** llenar con una cruz si está en periodo de lactancia en la casilla de **Si** y si no está en periodo de lactancia en la casilla de **No**.

**Sexo:** llenar con una cruz en la casilla de **Masc** si es masculino y en la casilla **Fem** si es femenino.

**Grupo de edad:** registrar aquí al grupo de edad que corresponda la edad cumplida señalada de acuerdo a los siguientes rangos: Menor de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 24 años, 25 a 29 años, 30 a 34 años, 35 a 39 años, 40 a 44 años, 45 a 49 años, 50 a 54 años, 55 a 59 años, 60 a 64 años y 65 y más.

**Persona responsable** (en menores o discapacitados): colocar el nombre de la persona responsable en caso de menores o discapacitados.

**Provincia:** registrar la provincia de residencia del caso a notificar.

**Región:** registrar la región de salud de residencia del caso a notificar.

**Distrito:** registrar el distrito de residencia del caso a notificar

**Corregimiento:** registrar el corregimiento de residencia del caso a notificar.

**Localidad o Comunidad o Sector:** registrar la localidad o comunidad o Sector del caso a notificar.

**Calle:** registrar la calle de residencia del caso a notificar.

**No. casa/ Apto.:** registrar el número de casa o apartamento de residencia del caso a notificar

**Teléfonos:** anotar cualquier teléfono de contacto al caso (ej: tel. fijo, celular, público entre otros).

**Puntos de referencia:** colocar cualquier descripción del área que ayude a localizar el lugar de residencia del caso.

### II. DATOS CLINICO EPIDEMIOLOGICO DEL PACIENTE

**Nombre Genérico del Plaguicida:** colocar el nombre estructural químico del producto, según la lista de plaguicidas registrados en la República de Panamá.

**Nombre Comercial del Plaguicida:** colocar el nombre con el cual se conoce el producto en el mercado y de acuerdo a la lista de plaguicidas registrados en la República de Panamá.

**Fechas:** se colocarán las siguientes fechas según día, mes, año, hora/minutos, AM o PM: Fecha de exposición, Fecha de inicio de síntomas, Fecha de Atención, Fecha de Hospitalización, Fecha de Defunción.

**Toma de Muestra:** se colocará la fecha de toma de muestra según día, mes, año, hora/minuto, AM o PM.

**Tipo de muestra:** se especificará según corresponda con una cruz en el espacio correspondiente a sangre o en el espacio correspondiente a orina. Si se utilizó otro tipo de muestra para confirmar la intoxicación anotar en observación.

**Resultado:** se especificara en el espacio que corresponda el resultado para sangre y orina.

**Causa:** colocar una cruz en el espacio que corresponda si se trata de causa laboral, accidental no intencionada, intento de suicidio o intento de homicidio.

**Condición inicial:** colocar una cruz en el espacio que corresponda si la condición inicial que usted valora es leve, moderada o grave.

**Vía de exposición:** colocar una o más cruces en el espacio que corresponda si la vía de exposición fue oral, dérmica, oftálmica o respiratoria. En el caso de colocar cruz en otra, especificar en el espacio inferior.

**Manifestación clínica:** colocar una cruz en el espacio que corresponda si la manifestación clínica fue sistémica, dérmica, oftálmica, otra o sin síntomas. Especificar los signos y síntomas de dicha manifestación en el espacio inferior.

**Diagnóstico:** registrar el diagnóstico que corresponda de acuerdo al CIE-10.

**Tipo de caso:** colocar una cruz en el espacio que corresponda si se trata de un caso sospechoso, un caso confirmado o un caso descartado.

**Criterio de caso confirmado:** colocar una cruz en el espacio que corresponda si se trata de una confirmación clínico epidemiológico o de una confirmación laboratorial.

**Manejo (tipo de atención):** colocar una cruz en el espacio que corresponda si la atención fue ambulatoria, hospitalaria o desconocida.

**Lugar de la intoxicación:** registrar con una cruz, en la casilla que corresponda si sucedió la intoxicación en casa, en el trabajo, en la escuela o en lugar público o privado. Especificar el nombre del lugar en el espacio asignado para este fin. De no saber su nombre colocar "no especificado".

Llenar el espacio a que corresponda el área geográfica donde ocurrió la intoxicación (especifique según provincia, región de salud, distrito y corregimiento).

### III. DATOS DE NOTIFICACIÓN

**Instalación de salud:** colocar el nombre de la instalación que notifica (unidad notificadora).

**Teléfono:** colocar el número de la instalación notificadora.

**Servicio:** colocar el nombre del servicio notificador.

**Fecha de recibido a nivel Regional:** colocar en el espacio que corresponda el día, mes y año de recibido en Epidemiología regional de donde proceda el caso.

**Nombre del notificador:** colocar el nombre y apellido de la persona que notifica.

**Cargo:** colocar el cargo ocupado por quien notifica.

**Fecha de notificación:** colocar en el espacio que corresponda el día, mes y año de la notificación.

**Nombre del capturador:** colocar el nombre y apellido de la persona que captura.

**Fecha de la Captura:** colocar el día, mes y año de la captura de la información notificada.

**Hora de captura:** se colocará según hora/minuto, AM o PM, la hora de la captura.

**Observaciones:** registrar cualquier comentario pertinente del caso.

#### IV. DATOS SOBRE LA EXPOSICIÓN (INVESTIGACIÓN)

**Lugar de la intoxicación:** registrar con una cruz, en la casilla que corresponda si sucedió en casa, en el trabajo, en la escuela o en lugar público o privado. Especificar el nombre del lugar en el espacio asignado para este fin. De no saber su nombre colocar "no especificado".

Llenar el espacio a que corresponda el área geográfica donde ocurrió la intoxicación (especifique según provincia, región de salud, distrito y corregimiento).

**Plaguicida por Grupo Químico:** registrar con una cruz en la casilla que corresponda el tipo de plaguicida de acuerdo al grupo químico.

**Clase de plaguicida según tipo de organismo a controlar:** registrar con una cruz en la casilla que corresponda la clase de plaguicida.

**Tipo de plaguicida según su uso:** seleccionar con una cruz en la casilla de **SI** o en la casilla de **NO** de acuerdo al uso del plaguicida así:

**Plaguicida permitido (de libre venta):** seleccionar la casilla de **Si** cuando el uso del plaguicida es de libre venta (uso permitido).

**Plaguicida de uso restringido:** seleccionar la casilla de **Si** cuando el uso del plaguicida es de uso solamente con receta profesional (uso restringido).

**Plaguicida prohibido:** seleccionar la casilla de SI cuando el uso del plaguicida es de uso prohibido en el país. En caso de encontrarse un plaguicida de uso prohibido anotar su nombre en la casilla de observaciones.

**Plaguicida desconocido:** seleccionar la casilla de SI cuando el uso del plaguicida se desconozca.

**Si es Operario Laboral:** se trata del proceso de trabajo donde el aplicador terrestre de plaguicidas mantiene relación salarial con un patrono o empleador. En este caso anotar:

**Empresa donde trabaja:** llenar el espacio correspondiente con el nombre de la empresa donde trabaja.

**Ocupación:** colocar en el espacio correspondiente las categorías reconocidas en el mercado laboral en Panamá, tales como: ocupación: obrero de la fabricación, obrero de la formulación, transportista, cargadores, distribuidores, bodegueros, expendedores, campesinos, aplicadores, aviadores, trabajadores de invernaderos, recolectores de cosecha, lavanderas, amas de casa y otras labores de cultivo.

**Tipo de Actividad:** Encerrar en un círculo el tipo de actividad realizada de acuerdo a: 1. Si es agrícola; 2. Si es Pecuaria; 3. Si es Otro: aquí incluir entre otras a las actividades forestales y control de vectores

**Si se escogió la Agrícola (1.)** llenar el espacio correspondiente al cultivo agrícola que desarrolla.

**Si se escogió Pecuaria (2.)** llenar el espacio correspondiente a la especie que se dedique.

**Sí se escogió Otro (3).** Llenar el espacio correspondiente a la actividad que se dedique, sea ambas u otra.

**Cuenta con carnet de aplicador de plaguicidas:** colocar en la casilla de Si cuando tenga el carnet de aplicador vigente y en la casilla de No cuando no lo tenga. En caso de estar en trámite su carnet por primera vez colocar esto en observación.

**Cuenta con un área de lavado del equipo de aplicación:** colocar en la casilla de Si cuando tenga un área de lavado del equipo de aplicación y No cuando no lo tenga.

Si es **NO**, dónde realiza el lavado: llenar en la casilla que corresponda cuando se realice en: río, quebrada, patio de la casa, tina de la casa y en otro especificar en el espacio en blanco.

**Cuenta con Asesor Técnico Fitosanitario:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No.

**Cuenta con área de descontaminación personal:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No.

**Cuenta con equipo de protección personal:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No.

**Realiza triple lavado:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No.

**Realiza perforado de los envases:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No.

**Cumple con la distancia establecida en áreas críticas:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No.

**Cuenta con lugar para la preparación de la mezcla o caldo químico (formulación de plaguicida):** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No.

**Lugar donde se almacena el producto:** especificar en esta casilla el lugar donde almacena el producto.

**Lava la ropa usada para fumigar en el trabajo junto a la de la familia:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No.

**Si es no laboral:** se trata de proceso de trabajo del aplicador terrestre de plaguicida que no mantiene relación salarial con un patrono o empleador. En este caso anotar:

**Producto comprado con receta:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No

**La dosificación del plaguicida fue obtenida a través de:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si obtiene la dosificación del plaguicida del vendedor, del fabricante, del Asesor Técnico Fitosanitario (ATF), del Técnico del Mida, o de forma empírica.

**Cuenta con carnet de aplicador de plaguicida:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No

**Lava la ropa usada para fumigar en el trabajo junto a la de la familia:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No.

**Cumple con la distancia establecida en áreas críticas:** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No

**Cuenta con lugar para la preparación de la mezcla o caldo químico (formulación del plaguicida):** llenar en la casilla que corresponda con una cruz si es Si o No.

**Cuenta con un área de lavado del equipo de aplicación:** colocar en la casilla de Si cuando tenga un área de lavado del equipo de aplicación y No cuando no lo tenga.

Si es **NO**, dónde realiza el lavado: llenar en la casilla que corresponda cuando se realice en: río, quebrada, patio de la casa, tina de la casa y en otro especificar en el espacio en blanco.

**Lugar donde almacena el producto:** especificar en esta casilla el lugar donde almacena el producto.

V. DATOS DE INVESTIGACIÓN

**Instalación de salud:** colocar el nombre de la instalación que investiga (unidad investigadora).

**Teléfono:** colocar el número de la instalación investigadora.

**Región:** colocar el nombre de la región que corresponda la investigación

**Nombre(s) de investigador(es):** colocar el (os) nombre(s) del(as) persona(s) que investigaron.

**Cargo:** colocar el cargo ocupado por quien (es) investiga(n).

**Fecha de Investigación:** colocar en el espacio que corresponda

República de Panamá - Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social  
Formulario de Notificación e Investigación de Casos de Invaginación Intestinal

*Se notificará e investigará todo caso sospechoso que cumpla con la definición siguiente: Niño menor de un año en que el médico sospeche por historia clínica y por el examen físico invaginación intestinal.*

Región \_\_\_\_\_ Dist. \_\_\_\_\_ Corregimiento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN:** Asegurado Si o No /\_\_\_\_/ No Céd o Exp \_\_\_\_\_ No SS \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Persona Responsable \_\_\_\_\_

F. Nac. /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Edad /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Sexo M o F /\_\_\_\_/ Teléfono \_\_\_\_\_  
Día mes año día mes año

Dirección \_\_\_\_\_ Cerca de: \_\_\_\_\_  
Calle Edif. /Casa No Casa/Apto.

**DATOS CLÍNICOS**

Fechas de:	Día Mes Año	Síntomas al ingreso
Inicio de síntomas	/____/____/____/	Fiebre: Si, No o Des /____/, F. Inicio /____/____/____/
Diagnóstico inicial	/____/____/____/	Vómito: Si, No o Des /____/, F. Inicio /____/____/____/
Notificación	/____/____/____/	Diarrea: Si, No o Des /____/, F. Inicio /____/____/____/
Hospitalización	/____/____/____/	Heces con sangre ó sangrado rectal:
Egreso	/____/____/____/	Si, No o Des /____/, F. Inicio /____/____/____/
Defunción	/____/____/____/	

**ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN POR ROTAVIRUS:** Si, No ó Desc./\_\_\_\_/. Fecha 1ra dosis: /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  
Fecha 2da dosis: /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

**Caso confirmado por:**

Enema de bario: /\_\_\_\_/, Ultrasonido: /\_\_\_\_/, Cirugía: /\_\_\_\_/. Patología: /\_\_\_\_/

Otro procedimiento radiológico /\_\_\_\_/ Cual \_\_\_\_\_

Fecha de procedimiento radiológico: /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/. No hubo procedimiento radiológico /\_\_\_\_/

¿Se redujo hidrostáticamente la invaginación? Si ó No /\_\_\_\_/ Parcialmente /\_\_\_\_/, Se Desconoce /\_\_\_\_/

Localización de la invaginación: Ileocólica /\_\_\_\_/, Colicocolica /\_\_\_\_/, Ileoileal /\_\_\_\_/, Cecocólica /\_\_\_\_/  
Ileocecal /\_\_\_\_/, Ileoileocólica: /\_\_\_\_/, Otro \_\_\_\_\_ Desc. /\_\_\_\_/

Se realizó cirugía: Si ó No /\_\_\_\_/, Fecha /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/, Se Desc: Si ó No /\_\_\_\_/

Hallazgos en la cirugía: Si ó No: Engrosamiento ileal /\_\_\_\_/, Adenopatía mesentérica /\_\_\_\_/

Otro: /\_\_\_\_/, Especifique: \_\_\_\_\_

Hubo resección intestinal: Si o No /\_\_\_\_/, Cuanto se resecó: \_\_\_\_ Cm. Desc: Si ó No /\_\_\_\_/

Examen de patología: Si o No /\_\_\_\_/, Desc. Si o No /\_\_\_\_/

Hallazgos de patología: Si ó No: Hiperplasia linfática (placas de Péyer) /\_\_\_\_/, Pólipos intestinales /\_\_\_\_/  
Linfosarcoma /\_\_\_\_/, Divertículo de Meckel /\_\_\_\_/

Complicaciones: Si ó No: /\_\_\_\_/, Cuales \_\_\_\_\_ Desc. Si ó No /\_\_\_\_/

Ingresó a unidad de cuidados intensivos Si ó No: /\_\_\_\_/, Desc. Si ó No /\_\_\_\_/

**DATOS DE LABORATORIO**

Muestra de heces Si ó No: /\_\_\_\_/, Fecha de la colecta /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/, Desc. Si ó No /\_\_\_\_/

Hallazgos en el examen de heces: Si ó No: Bacterias /\_\_\_\_/, Cuales \_\_\_\_\_ No /\_\_\_\_/

Parásitos /\_\_\_\_/, Cuales \_\_\_\_\_ No /\_\_\_\_/

Rotavirus /\_\_\_\_/. Serotipo \_\_\_\_\_ No /\_\_\_\_/

Diagnóstico Final del caso: \_\_\_\_\_ Fecha: /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Confirmado por: \_\_\_\_\_ (Cirugía y/o Radiología y/o Patología)

Nombre del funcionario que llena el formulario: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

REPÚBLICA DE PANAMÁ

MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL

FORMULARIO PARA LA INVESTIGACIÓN DE CASOS DE MALARIA

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre y apellido:			Fecha de nacimiento:	Cédula / pasaporte:
			____/____/____	
Dirección de residencia	Nº casa:	Calle	Localidad	Corregimiento
Distrito		Región	Provincia	Punto de referencia

II. INVESTIGACIÓN DEL CASO

Casa localizada:	Longitud:	Latitud:		
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>				
Investigación realizada <input type="checkbox"/>	Renueve <input type="checkbox"/>	Vivienda cerrada <input type="checkbox"/>	Vivienda deshabitada <input type="checkbox"/>	Vivienda destruida <input type="checkbox"/>

III. ANTECEDENTES

Ocupación:				
Fecha de inicio de síntomas:	Recibió transfusión:	Fecha:	Trasplante de órgano:	Fecha:
____/____/____	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	____/____/____	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	____/____/____
Ha tenido contacto con alguien con malaria o sintomatología similar en los últimos 30 días: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>				
Ha tenido malaria anteriormente: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/>				
En caso afirmativo, el último episodio de malaria:				
Fecha:	Tipo de <i>plasmodium</i> :		Recibió tratamiento:	Días de tratamiento:
____/____/____	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	

IV: HISTORIA DE VIAJE

Viajó el paciente fuera de la localidad de residencia en los últimos 30 días: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>						
Lugar visitado 1					Desde	Hasta
Localidad	Corregimiento	Distrito	Provincia	País	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
¿Se protegió el paciente contra la malaria durante el viaje?					Tipo de protección:	
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>					Repelentes <input type="checkbox"/> Mosquiteros tratados <input type="checkbox"/> Quimioprofilaxis <input type="checkbox"/>	
Lugar visitado 2					Desde	Hasta
Localidad	Corregimiento	Distrito	Provincia	País	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
¿Se protegió el paciente contra la malaria durante el viaje?					Tipo de protección:	
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>					Repelentes <input type="checkbox"/> Mosquiteros tratados <input type="checkbox"/> Quimioprofilaxis <input type="checkbox"/>	
Lugar visitado 3					Desde	Hasta
Localidad	Corregimiento	Distrito	Provincia	País	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
¿Se protegió el paciente contra la malaria durante el viaje?					Tipo de protección:	
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>					Repelentes <input type="checkbox"/> Mosquiteros tratados <input type="checkbox"/> Quimioprofilaxis <input type="checkbox"/>	

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Cédula / pasaporte: \_\_\_\_\_

**V. INVESTIGACIÓN AMBIENTAL DE LA RESIDENCIA**

¿Se protegió el paciente contra la malaria?		En caso afirmativo, tipo de protección:	
No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Repelentes <input type="checkbox"/>	Mosquiteros tratados <input type="checkbox"/>
Casa rociada: No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, fecha de último rociado: _____ / _____ / _____	
Sí <input type="checkbox"/>		Quimioprofilaxis <input type="checkbox"/>	
Se observaron criaderos: No <input type="checkbox"/>		Distancia de la casa al criadero más próximo _____ metros	
Sí <input type="checkbox"/>			

**VI. CLASIFICACIÓN DEL CASO**

Autóctono     Introducido     Importado     Recaída     Recrudescencia     Inducido

**Lugar donde se originó la infección:**

Localidad de residencia     Localidad donde viajó

Si es la localidad donde viajó:    Lugar visitado 1     Lugar visitado 2     Lugar visitado 3

**VIII. CONTACTOS DEL CASO**

Nº	Nombre de contacto:	Teléfono:	Dirección:
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**IX. OBSERVACIONES**

**X. INVESTIGACIÓN**

Nombre del funcionario:	Clave:	Fecha de investigación: _____ / _____ / _____
-------------------------	--------	---

**INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS EN SALUD**  
**Formulario Para Vigilancia de la Influenza- Síndrome Gripal,**  
**Infecciones Respiratorias Agudas Graves-Bronconeumonías-Neumonías Virales y Bronquiolitis**

Instalación que notifica:		Otra Instalación en que se atiende	
Tipo de Paciente:	(Ambulatorio, Hospitalizado)	Si está hospitalizado?	(Observación Sala, UCI)

**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Tipo Identificador (Cédula, Expediente, pasaporte)		N° Identificador		Asegurado:		(Si, No, Desc.)		
Nombres:		Apellidos:						
Fecha de Nacimiento			Sexo		Nombre de Persona Responsable			
Día	Mes	Año	Edad	Tipo edad	Hombre	Mujer		
Dirección Permanente		Región	Distrito	Corregimiento	Comunidad	Calle	Edificio/Casa	Número Apt
Otra Dirección					Teléfono			

**II. ANTECEDENTES**

Porta tarjeta vacuna	(Si, No)	Corresponde vacuna según esquema	(Si, No)	Fecha penúltima dosis anti influenza día ___ mes ___ año ___	No Recibida	Desconoce			
Antecedente vacunal		Fecha de Última Dosis			Fecha dosis anti influenza Año Previo día ___ mes ___ año ___	No Recibida	No Recibida		
Vacunas	Anti Influenza	N° dosis	Día	Mes	Año	Factor de riesgo	Embarazo? (Si, No, Desc.)	Trimestre? (1er, 2do, 3ro)	
	Neumococo 7 valente						Cual:	Enfermedad Crónica? (Si, No, Desc.)	
	Neumococo 10 valente							Hipertension arterial (Si, No, Desc)	
	Neumococo 13 valente							Diabetes (Si, No, Desc.)	
	Neumococo 23 valente							Tabaquismo, (Si, No, Desc.)	
	Anti Hemophilus i b							Alcoholismo, (Si, No, Desc.)	
	Anti Meningococcica*							Obesidad, (Si, No, Desc.)	
(*)Especifique nombre de la vacuna:						Inmunosuprimido, (Si, No, Desc.)			
Riesgo profesional (Si, No, Desc.)		Cual (Trabajador Agropecuario, Trabajador de Salud, Otro)							
Contacto de caso confirmado, (Si, No, Desc.)		Tipo de Contacto, (Familiar, Laboral, Escolar, Social)			Indicación de aislamiento (Si, No, Desc.)				
Nombre del contacto:									
Historia de viaje 15 días antes (Si, No, Desc.)		Donde							

**III. DATOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Tipo de Evento en Estudio, (Marque con una "X" el que corresponde)	Diagnóstico Clínico:						
Síndrome Gripal,	IRAG Centinela	IRAG Inusitado	IRAG Imprevisto	IRAG N° Excesivo	IRAG Conglomerado	Neumonía Bacteriana	Uso de antibióticos en la última semana (Si, No, Desc.)
	Inicio de síntomas	Hospitalización	Notificación	Egreso	Defunción		Cual:
	Fechas	Día	Mes	Año			Fecha:
							Uso de antivirales (Si, No, Desc.)
							Cual:
							Fecha:

Hallazgos Clínicos		Fecha de inicio	Día	Mes	Año	Resultado de la Radiografía de Tórax	
Fiebre > 38°C (Si, No, Desc.)						Condensación (Si, No, Desc.)	
Tos (Si, No, Desc.)						Derrame Pleural (Si, No, Desc.)	
Dolor de garganta (Si, No, Desc.)						Broncograma Aéreo (Si, No, Desc.)	
Rinorrea (Si, No, Desc.)						Infiltrado intersticial (Si, No, Desc.)	
Dificultad Respiratoria (Si, No, Desc.)						Otro (Si, No, Desc.)	
Otros (Si, No, Desc.)					Describir		
Cual:							

**IV. CLASIFICACIÓN FINAL**

Clasificación Final según agente etiológico:			Clasificación Final Clínica		
Infeción Viral (Si, No, Desc.)	Agente Viral		Neumonía Viral (Si, No, Desc.)		
Infeción Bacteriana (Si, No, Desc.)	Agente Bacteriano		Neumonía Probablemente viral (Si, No, Desc.)		
Negativo			Neumonía Bacteriana (Si, No, Desc.)		
			Neumonía Probablemente Bacteriana (Si, No, Desc.)		
Nombre del Investigador		Fecha	Día	Mes	Año

**República de Panamá**  
**Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social**  
**Formulario para la Búsqueda Activa de Parálisis Fláccida Aguda (PFA)**  
**en Instalaciones de Salud**

1. Región \_\_\_\_\_ 2. Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**3. Instalación de Salud**

Centro de Salud/Policlínica  \_\_\_\_\_  
Hospital Público/Privado  \_\_\_\_\_  
Consultorio Privado  \_\_\_\_\_

Entrevista a:

**Médicos:**

4. Número de Médicos en la Instalación /\_/\_/  
5. Número de Médicos entrevistados /\_/\_/  
6. Número de casos sospechosos de PFA /\_/\_/  
(notificados en el último año)

**Enfermeras:**

7. Número de Enfermeras en la instalación /\_/\_/  
8. Número de Enfermeras entrevistadas /\_/\_/  
9. Número de casos sospechosos de PFA /\_/\_/  
(notificados en el último año) /\_/\_/

**Laboratoristas:**

10. Número de Laboratoristas en la instalación /\_/\_/  
11. Número de Laboratoristas entrevistados /\_/\_/  
12. Número de casos sospechosos de PFA /\_/\_/  
(notificados en último año) /\_/\_/

**13. Revisión de diagnósticos del último año (incluye sospecha u observación)**

ENFERMEDAD	NÚMERO	NÚMERO QUE CUMPLE DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA	NÚMERO DE CASOS INVESTIGADOS
Parálisis Fláccida Aguda			
Polio			
S. de Guillain-Barré			
Mielitis Transversa			
Neuritis Traumática			

**Seguir las siguientes indicaciones:**

14. Investigación completa de cada caso que cumpla con la definición de caso sospechoso de PFA que no fueron realizadas con su respectiva toma de muestra de heces y envío al laboratorio.
15. Discutir con el personal de la instalación los problemas detectados y las soluciones propuestas.
16. Adjuntar a este informe las fichas de investigación de casos realizadas.

Nombre del investigador \_\_\_\_\_ Fecha/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

## **INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS DE PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA (P.F.A.) EN INSTALACIONES DE SALUD.**

La principal herramienta de validación de la vigilancia de la PFA en menores de 15 años es la búsqueda activa de casos, la cual debe realizarse regularmente en:

- Áreas silenciosas (áreas sin notificación semanal)
- Áreas sub atendidas
- Áreas con bajas coberturas de vacunación para Poliomieltitis
- Áreas con alta migración rural – urbana
- Áreas donde se han identificado casos

La búsqueda de casos está limitada a casos que ocurrieron en los once meses y 29 días previos a la investigación y la toma de muestra a los casos sospechosos con hasta 14 días de inicio de la parálisis, porque todavía es posible obtener muestras de heces viables a partir de los pacientes, para confirmar el diagnóstico.

Para el llenado del formulario:

1. Anote el nombre de la Región de salud en que se efectuará la búsqueda
2. Anote la fecha según día/mes/año en que se inicia la búsqueda
3. Marque con una cruz el tipo de instalación en que se hará la búsqueda y anote su nombre en la línea correspondiente.
4. Anote el número de Médicos Generales, Pediatras y Neurólogos/Neurocirujanos que trabajan en la instalación.
5. Anote el número de médicos entrevistados
6. Anote el número de casos sospechosos de PFA en menores de 15 años que informan los médicos han atendido en los 11 meses y 29 días previos a la investigación.
7. Anote el número de Enfermeras que participan en la atención y/o investigación de casos de enfermedades de notificación obligatoria.
8. Anote el número de Enfermeras entrevistadas
9. Anote el número de casos sospechosos de PFA en menores de quince años que informan las enfermeras haber atendido en los últimos once meses y 29 días previos a la investigación
10. Anote el número de Laboratoristas que trabajan en la instalación.
11. Anote el número de Laboratoristas entrevistados
12. Anote el número de casos sospechosos PFA que informan los Laboratoristas que recibieron muestras de heces en los 11 meses y 29 días previos a la investigación
13. Solicite al responsable de estadística los registros de las morbilidades en los últimos once meses y 29 días previos a la investigación (registro diario de consulta, egresos hospitalarios, informe semanal de epidemiología, etc.) e identifique las patologías indicadas en el formulario anotando el número de casos encontrados. Solicite entonces los expedientes de cada caso y verifique el cuadro clínico (compatible o no con PFA según definición de caso establecido y el número de casos investigados.
14. Utilice la ficha de investigación de casos de PFA para todos los casos que no fueron investigados y proceda con esta, incluyendo toma de muestra de heces a aquellos casos sospechosos que tengan hasta 14 días de inicio de la parálisis.
15. Discuta con los responsables de la vigilancia los problemas detectados y las soluciones propuestas
16. Haga llegar copia del formulario de búsqueda activa debidamente lleno a la coordinación de epidemiología adjuntando las copias de las investigaciones realizadas.

**República de Panamá**  
**Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas**  
**Formulario de Notificación e Investigación de casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA)**  
**y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS.**

*Este formulario debe llenarse para toda persona menor de 15 años de edad que presente parálisis flácida aguda, por cualquier razón, excepto traumatismo grave, o toda persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis.*

**I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA**

Diagnóstico inicial:

1=Parálisis flácida aguda 2=Síndrome de Guillain Barré, 3=Mielitis Transversa, 4=Neuritis Traumática, 5=Tumor, 6=Otro, 7=Desconocido

No. Caso: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución que notifica: \_\_\_\_\_

Detectado por:  1=Consulta, 2=Laboratorio, 3=Búsqueda institucional, 4=Búsqueda de casos en la comunidad, 5=Investigación de Contacto, 6=Casos reportados en la comunidad, 88=Otros 99=Desconocido

Notificado por: \_\_\_\_\_

Fecha de Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Notificación Local: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de Notificación Regional: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de Notificación Nacional: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de Sector de Institución que notifica  1=Público, 2=Privado, 88=Otro, Especifique \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**II INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre y apellidos del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre o responsable: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Cédula/Exp: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Referencia para localizar la casa: \_\_\_\_\_

Ocupación del Paciente: \_\_\_\_\_

Tipo de localidad:  1=Urbano  
 2=Periurbano  
 3=Rural

Dirección del trabajo o escuela: \_\_\_\_\_

Sexo del paciente:  1=Masculin o  2=Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: \_\_\_\_\_  
Años Meses

**III HISTORIA VACUNAL**

Tipo de Vacuna*	Número de dosis**	Fecha de última dosis	Fuente de información sobre la vacunación †
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

(\*) 1=Anti pólio oral (OPV) 2=Anti pólio intramuscular (IPV), 3=contra influenza estacional o pandémica

(\*\*) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido

(†) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

**IV DATOS CLÍNICOS**

PRODRÓMOS	PARÁLISIS FLACIDA AGUDA	LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS	REFLEJOS	SENSIBILIDAD
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ____/____/____ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Brazo Derecho Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Pierna Derecha Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Pierna Izquierdo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Proximal <input type="checkbox"/> Distal <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Proximal <input type="checkbox"/> Distal <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Proximal <input type="checkbox"/> Distal <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Proximal <input type="checkbox"/> Distal <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>	1= Aumentado, 2=Disminuido, 3=Auser 4=Normal 9=Desconocido
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Dirección de la parálisis Ascendente <input type="checkbox"/> Descendente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Hospitalización Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>		
	Número de días para instalación completa _____	Si fue hospitalizada, nombre del hospital: _____ Fecha de hospitalización: ____/____/____		

Función: Sí  No  Desc.  En casos afirmativo, Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Causa Básica de defunción: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**República de Panamá**  
**Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas**  
**Formulario de Notificación e Investigación de caso de Parálisis Flácida Aguda (PFA)**  
**y para el envío de muestras al laboratorio**

Pag. 2

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Cédula/Exp: \_\_\_\_\_

**\*V MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO** Tome una muestra apropiada para aislamiento viral. (Heces: menos de 15 días de iniciada la parálisis)

Número de muestra	Tipo de Muestra*	Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Fecha de envío de la muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Nombre de Lab	Fecha de Recepción (Día/Mes/Año)	Resultado(†)	Fecha de Resultado (Día/Mes/Año)
01		__/__/__	__/__/__		__/__/__		__/__/__
02		__/__/__	__/__/__		__/__/__		__/__/__
		__/__/__	__/__/__		__/__/__		__/__/__
		__/__/__	__/__/__		__/__/__		__/__/__

(\*) 1=Heces, 2= Líquido céfalo raquídeo

(†) 0=Negativa, 1= P1, 2=P2, 3=P3, 4=No Polio Enterovirus, 5=Inadecuada y 6=Otros virus

**VI CONTROL**

¿Hubo búsqueda activa de casos? <input type="checkbox"/>	1= Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, <b>Número de casos sospechosos encontrados durante búsqueda activa:</b> _____			
¿Hubo vacunación de bloqueo? <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha de inicio : _____ Día Mes Año			
		Fecha Final: _____ Día Mes Año			
<b>Número de dosis de vacunas contra polio durante la vacunación de bloqueo</b> : _____					
Grupo edad	Pob. encuestada	Pob. vacunada	% vacunados	Número aproximado de viviendas en la zona de vacunación	Número de viviendas visitadas
< 5 años					
Total					
¿Viajó el paciente fuera de su estado o provincia de residencia en los 7-40 días antes del inicio de la PFA? <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si viajó: _____ Ciudades/Países	Fecha de entrada (Día/Mes/Año)	Fecha de salida (Día/Mes/Año)	
			__/__/__	__/__/__	

**VII SEGUIMIENTO**

Seguimiento a los 60 días: Fecha: _____	Parálisis residual compatible con polio a los 60 días: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	
	Atrofia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	
<b>CLASIFICACIÓN FINAL</b>	<b>CRITERIO PARA LA CLASIFICACIÓN</b>	<b>SI SE HA DESCARTADO</b>
Fecha de Clasificación: _____	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Guillain-Barré
<input type="checkbox"/> Polio salvaje	<input type="checkbox"/> Defunción	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Polio derivado de la vacuna	<input type="checkbox"/> Nexo PAI	<input type="checkbox"/> Neuritis traumática
<input type="checkbox"/> Polio asociado a la vacuna	<input type="checkbox"/> Perdido al Seguimiento	<input type="checkbox"/> Mielitis transversa
<input type="checkbox"/> Polio compatible	<input type="checkbox"/> Con parálisis residual	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Sin parálisis residual	<input type="checkbox"/> Otro
<b>OBSERVACIONES</b>		
<b>INVESTIGADOR</b>		
Nombre del investigador: _____	Firma: _____	
Cargo _____	Instalación: _____	Fecha: _____/_____/_____
Observaciones		

**República de Panamá**  
**Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social**  
**Formulario Para la Búsqueda Activa de Casos Sospechosos de Sarampión y**  
**Rubéola en Instalaciones de Salud**

1. Región: \_\_\_\_\_ 2. Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**3. Instalación de Salud**

Centro de Salud/Policlínica  
 Hospital Público/Privado  
 Consultorio privado

	_____
	_____
	_____

**Entrevista a:**

**Médicos:**

- 4. Número de Médicos en la Instalación /\_\_\_\_/\_\_\_\_/
- 5. Número de Médicos entrevistados /\_\_\_\_/\_\_\_\_/
- 6. Número de casos sospechosos Sar/Rub (notificados durante los últimos 30 días) /\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Enfermeras:**

- 7. Número de Enfermeras en la Instalación /\_\_\_\_/\_\_\_\_/
- 8. Número de Enfermeras entrevistadas /\_\_\_\_/\_\_\_\_/
- 9. Número de casos sospechosos de Sar/Rub (notificados durante los últimos 30 días) /\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Laboratoristas:**

- 10. Número de Laboratoristas en la instalación /\_\_\_\_/\_\_\_\_/
- 11. Numero de Laboratoristas entrevistados /\_\_\_\_/\_\_\_\_/
- 12. Número de casos sospechosos de Sar/Rub (notificados durante los últimos 30 días) /\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**13. Revisión de diagnósticos de los últimos treinta días: (incluye sospecha u observación)**

ENFERMEDAD	NÚMERO	NÚMERO QUE CUMPLE DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN/RUBÉOLA	NÚMERO DE CASOS INVESTIGADOS
Sarampión			
Rubéola			
Escarlatina			
Exantema súbito			
Roséola			
Dengue con exantema			
Fiebre con exantema			
Exantema viral			

**Seguir las siguientes indicaciones:**

- 14. Investigación completa de cada caso que cumpla con la definición de caso sospechoso de sarampión o rubéola que no fueron realizadas con su respectiva toma de muestra de sangre, exudado nasofaríngeo y/o de orina y envío al laboratorio.
- 15. Discutir con el personal de la instalación los problemas detectados y las soluciones propuestas.
- 16. Adjuntar a este informe las fichas de investigación de casos realizadas

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_ Fecha: /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

## **INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA EN INSTALACIONES DE SALUD**

La principal herramienta de validación de la vigilancia del sarampión y rubéola es la búsqueda activa de casos, la cual debe realizarse regularmente en:

- Áreas silenciosas (áreas sin notificación semanal)
- Áreas sub atendidas
- Áreas con alta migración rural - urbana
- Áreas con alto flujo de turistas
- Áreas donde se han identificado casos

La búsqueda de casos está limitada a casos que ocurrieron en los últimos 30 días previos a la investigación, porque todavía es posible obtener muestras séricas a partir de los pacientes, para confirmar el diagnóstico.

Para el llenado del formulario:

1. Anote el nombre de la región de salud en que se efectuará la búsqueda
2. Anote la fecha según / día / mes / año en que se inicia la búsqueda
3. Marque con una cruz el tipo de instalación en que se hará la búsqueda y anote su nombre en la línea correspondiente
4. Anote el número de Médicos Generales y Pediatras que trabajan en la instalación
5. Anote el número de Médicos entrevistados
6. Anote el número de casos sospechosos de sarampión y rubéola que informan los médicos han atendido en los treinta días previos a la investigación
7. Anote el número de Enfermeras que participan en la atención y/o investigación de casos de enfermedades de investigación obligatoria
8. Anote el número de enfermeras entrevistadas
9. Anote el número de casos sospechosos de sarampión y rubéola que informan las Enfermeras haber atendido en los últimos treinta días previos a la investigación
10. Anote el número de Laboratoristas que trabajan en la instalación
11. Anote el número de Laboratoristas entrevistados
12. Anote el número de casos sospechosos de sarampión y rubéola que informan los Laboratoristas que le tomaron muestras de sangre y recibieron muestras de orina y/o nasofaríngea en los treinta días previos a la investigación
13. Solicite al responsable de Estadística los registros de las morbilidades de los últimos treinta días previos a la investigación (registro diario de consulta, egresos hospitalarios, informe semanal de epidemiología, etc.) e identifique las patologías indicadas en el formulario anotando el número de casos encontrados. Solicite entonces los expedientes de cada caso y verifique el cuadro clínico (compatible o no con sarampión y / o rubéola según definición de caso establecido y el número de casos investigados.
14. Utilice la ficha de investigación de caso de sarampión y rubéola para todos los casos que no fueron investigados y proceda con esta, incluyendo tomas de muestras
15. Discuta con los responsables de la vigilancia los problemas detectados y las soluciones propuestas

Haga llegar copia del formulario de búsqueda activa debidamente lleno a la coordinación de epidemiología adjuntando las copias de las investigaciones realizadas.

**República de Panamá**  
**Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas**  
**Formulario de Notificación e Investigación de casos sospechosos de SARAMPIÓN y RUBÉOLA**  
**y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS.**

*Llene esta ficha para: Toda persona en quien un trabajador de salud sospeche sarampión o rubéola o que presente fiebre y exantema.*

*Durante el primer contacto el trabajador de salud debe hacer todo lo posible para obtener datos epidemiológicos y clínicos y una muestra de sangre, ya que podría ser el único contacto con el paciente.*

**I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA**

Diagnóstico inicial:

1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, 4=Otra enfermedad eruptiva, 8=Enfermedad no eruptiva, 99=Desconocido

No. Caso: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución que notifica: \_\_\_\_\_

Detectado por:  1=Consulta, 2=Laboratorio, 3=Búsqueda institucional, 4=Búsqueda de casos en la comunidad, 5=Investigación de Contacto, 6=Casos reportados en la comunidad, 88=Otros 99=Desconocido

Notificado por: \_\_\_\_\_

Fecha de Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Notificación Local: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año

Fecha de Notificación Regional: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de Notificación Nacional: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de Sector de Institución que notifica  1=Público, 2=Privado, 88=Otro, Especifique \_\_\_\_\_

**II INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre y apellidos del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre o responsable: \_\_\_\_\_

Cédula/Exp: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Ocupación del Paciente: \_\_\_\_\_

Referencia para localizar la casa: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo o escuela: \_\_\_\_\_

Tipo de localidad:  1=Urbano  
 2=Periurbano  
 3=Rural

Sexo del paciente:  1=Masculino  
 2=Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: \_\_\_\_\_  
Años Meses

**III HISTORIA VACUNAL**

Tipo de Vacuna*	Número de dosis**	Fecha de última dosis	Fuente de información sobre la vacunación †
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

(\*) 1=Antisarampión, 2=Antirrubéola, 3=Doble Viral (SR), 4=Triple Viral (SRP)

(\*\*) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido

(†) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

**IV DATOS CLÍNICOS, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO**

**Signos y Síntomas**

¿Fiebre? <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si se conoce, temperatura (grados): _____	Fecha del inicio de la fiebre: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
¿Erupción? <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si se conoce, duración de la erupción en días: _____	Fecha del inicio de la erupción: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
1=Sí 2=No 99=Desconocido		
¿Tos? <input type="checkbox"/>	¿Conjuntivitis? <input type="checkbox"/>	¿Coriza? <input type="checkbox"/>
¿Manchas de Koplik? <input type="checkbox"/>	¿Adenopatías? <input type="checkbox"/>	¿Artralgia? <input type="checkbox"/>
¿La paciente está embarazada? <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Número de semanas de embarazo (01-42): _____	Lugar donde probablemente dará a luz: _____
¿Hospitalizado(a)? <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha de admisión: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Expediente Médico #: _____
¿Defunción? <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha de defunción: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Causa básica de muerte: _____

Comentarios: \_\_\_\_\_

**República de Panamá**  
**Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas**  
**Formulario de Notificación e Investigación de casos sospechosos de SARAMPIÓN y RUBÉOLA y para el envío de muestras al laboratorio**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Cédula/Exp:** \_\_\_\_\_

**\*V MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO** Tome una muestra apropiada para aislamiento viral. Se sugiere hisopado de garganta.

Especimen			Prueba de Laboratorio							
Número muestra*	Tipo de muestra**	Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Nombre de Lab.	Fecha de envío de la muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Fecha de Recepción (Día/Mes/Año)	# ID de la muestra en Lab.	Tipo de prueba †	Antígeno ‡	Resultado §	Fecha de Resultado (Día/Mes/Año)
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	____/____/____

Si se detectó virus, especificar el genotipo: (Sarampión: A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, H2. Rubéola: 1a, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1g, 2A, 2B, 2c)

Comentarios: \_\_\_\_\_

- (\*) 1=Primera Muestra, 2=Segunda muestra, 3=Tercera muestra (si se justifica)  
 (\*\*) 1=Sero, 2=Aspirado/Hisopado nasofaríngeo, 3=Hisopado de la garganta, 4=Orina, 5=Líquido Cefaloraquídeo, 88=Otro  
 (†) 1=IgM EIA/Indirecta, 2=IgM EIA/Captura, 3=Aislamiento Viral, 4=PCR, 5=IgM IF, 6=IgG EIA/Capture, 7=IgG IF, 8=HI  
 (‡) 1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, 4=Parvovirus B19, 5=Herpes 6, 6=Enterovirus, 88=Otro  
 (§) 0=Negativo, 1=Positivo, 2=Muestra inadecuada, 3=Indeterminada, 99=Desconocido (no hay resultado disponible)

**VI INVESTIGACIÓN**

¿Hubo búsqueda activa de casos? <input type="checkbox"/>	1= Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, <b>Número de casos sospechosos encontrados durante búsqueda activa:</b> _____
¿Tuvo el paciente contacto con una mujer embarazada? <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, <b>Nombre:</b> _____
¿Hay otros casos presentes en el municipio de residencia? <input type="checkbox"/>	1=Si, con Sarampión 2=Si, con Rubéola 3=Si, con ambos 4=No 99=Desconocido	
¿Viajó el paciente fuera de su estado o provincia de residencia en los 7-23 días antes del inicio del exantema? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si viajó: _____ Ciudades/Países: _____ Fecha de entrada (Día/Mes/Año): ____/____/____ Fecha de salida (Día/Mes/Año): ____/____/____
¿Fuente de contagio? <input type="checkbox"/>	1=Contacto en casa, 2=Comunidad, 3=Centro de Salud, 99=Desconocido, 88=Otro	

**VII MEDIDAS DE RESPUESTA**

¿Hubo vacunación de bloqueo? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha de inicio : ____/____/____ Fecha Final: ____/____/____ <b>Número de dosis durante la vacunación de bloqueo:</b> _____
¿Hubo monitoreo rápido de cobertura? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, <b>¿Qué % de vacunados se encontró?:</b> _____
¿Se hizo seguimiento de contactos hasta 30 días después de la erupción del caso? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha del último día que se hizo seguimiento de contactos: ____/____/____

**VIII CLASIFICACIÓN**

CLASIFICACIÓN FINAL: <input type="checkbox"/>	1=Sarampión 2=Rubéola 3=Descartado	Criterio para Confirmación: <input type="checkbox"/>	1=Laboratorio 2=Nexo Epidemiológico 3=Clínica	Criterio para Descartar: <input type="checkbox"/>	1=Sarampión/Rubéola IgM-neg 2=Reacción vacunal 3=Dengue 4=Parvovirus B19 5=Herpes 6 6=Reacción Alérgica 88=Otro diagnóstico (especifique) _____
Fuente de infección para casos confirmados: <input type="checkbox"/>	1=Importado 2=Relacionado a importación 3=Fuente desconocida 4=Autóctono	Si es importado, o relacionado a importación: _____	<b>País de importación:</b> _____		
¿Contacto de otro caso?: <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	<b>Contacto de (o nexa epidemiológico con) caso número:</b> _____			
Clasificado por: _____		Fecha de clasificación final: ____/____/____			

Pag. 2

**República de Panamá**  
**Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas**  
**Formulario de Notificación e Investigación de casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita**  
**y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Cédula/Exp: \_\_\_\_\_

**V. Datos de Laboratorio: (tome 2 cc de sangre al primer contacto con un caso sospechosos de SRC y una muestra para aislamiento viral)**

Fecha de Toma	Laboratorio	Recibido en lab.	Tipo de Prueba	Diag. de Lab.	Fecha Resultado	Resultado
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 1-IgM Captura	<input type="checkbox"/> 1-Rubeola	____/____/____	<input type="checkbox"/> 1-Positivo
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 2-IgM Indirecta	<input type="checkbox"/> 2-Citomegalovirus	____/____/____	<input type="checkbox"/> 2-Negativo
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 3-IgG Elisa	<input type="checkbox"/> 3-Toxoplasmosis	____/____/____	<input type="checkbox"/> 3-Sin Proceso
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 4-PCR	<input type="checkbox"/> 4-Sifilis	____/____/____	<input type="checkbox"/> 4-Inadecuada
			<input type="checkbox"/> 5-Aislamiento	<input type="checkbox"/> 5-Virus Herpes		<input type="checkbox"/> 5-Dudosa
			<input type="checkbox"/> 8-Otra	<input type="checkbox"/> 8-Otros		<input type="checkbox"/> 9-Desconocido
				<input type="checkbox"/> 9-Desconocido		
				<input type="checkbox"/> 8-Otra		

Otros Estudios de Laboratorio: \_\_\_\_\_  
 Genotipo del Virus: \_\_\_\_\_

**VI. Clasificación Final**

Descartado por:  1- Infección Congénita de Rubéola  Confirmado SRC  Origen de la Infección  1-Endemico

8-Otro-----

9-Desocnocido

1-Laboratorio

2- Diagnostico Clínico

9-Desconocido

2-Importado

3-Relacionado a la Importación

9-Desconocido

**VII. Seguimiento del caso positivo:**

(Todos los niños con IgM positivo deben tener seguimiento para evaluar la excreción del virus, a los tres meses, a los seis meses)

Fecha de Toma	Laboratorio	Recibido en lab.	Tipo de Prueba	Diag. de Lab	Fecha del Resultado	Resultado
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 1-IgM Captura	<input type="checkbox"/> 1-Rubeola	____/____/____	<input type="checkbox"/> 1-Positivo
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 2-IgM Indirecta	<input type="checkbox"/> 2-Citomegalovirus	____/____/____	<input type="checkbox"/> 2-Negativo
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 3-IgG Elisa	<input type="checkbox"/> 3-Toxoplasmosis	____/____/____	<input type="checkbox"/> 3-Sin Proceso
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 4-PCR	<input type="checkbox"/> 4-Sifilis	____/____/____	<input type="checkbox"/> 4-Inadecuada
			<input type="checkbox"/> 5-Aislamiento	<input type="checkbox"/> 5-Virus Herpes		<input type="checkbox"/> 5-Dudosa
			<input type="checkbox"/> 8-Otra	<input type="checkbox"/> 8-Otros		<input type="checkbox"/> 9-Desconocido
			<input type="checkbox"/> 9-Desconocido	<input type="checkbox"/> 9-Desconocido		
			<input type="checkbox"/> 8-Otra	<input type="checkbox"/> 8-Otra		

**VIII. Investigador**

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Comentarios: \_\_\_\_\_

**IX. Seguimiento de los contactos con caso de SRC, con énfasis a la embarazada y niños menores.**

Nombre y Apellido	Edad	Teléfono	Dirección Domicilio	Fecha de Seguimiento	Fecha de Seguimiento



**MINISTERIO DE SALUD - CAJA DEL SEGURO SOCIAL  
E INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS  
FORMULARIO DE NOTIFICACION E INVESTIGACIÓN  
SÍFILIS EN EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO**



(DECRETO No. 1617 DE 21 DE OCTUBRE DE 2014)

**NOTIFICACION DEL CASO**

No. Reg. SISVIG

**I. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE:**

NÚMERO DE CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS		
FECHA DENACIMIENTO	EDAD	Asegurado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN RESIDENCIAL:	REGIÓN	DISTRITO	
CORREGIMIENTO	COMUNIDAD		
CALLE	PUNTO DE REFERENCIA	TELÉFONO	
DIRECCIÓN LABORAL	TELÉFONO		

**II. HISTORIA OBSTETRICA**

FUM	FPP	ANTEC. DE ABORTOS U OBITOS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
≥ 2 CONTROLES PRENATALES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
INSTALACIÓN QUE REALIZO CONTROL DEL EMBARAZO:			
FECHA DE PARTO	LUGAR DE PARTO:		

**III. INFORMACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LA PACIENTE**

FECHAS DE:	DÍA	MES	AÑO	CLASIFICACIÓN DE LA SÍFILIS	SI	NO
INICIO DE SÍNTOMAS				SIGNOS Y SÍNTOMAS PARA LA DEFINICIÓN DE CASO ANTECEDENTES DE SÍFILIS MEDICACIÓN PREVIA PARA SÍFILIS ALERGIA A LA PENICILINA		
DIAGNÓSTICO INICIAL						
NOTIFICACIÓN						
HOSPITALIZACIÓN						
EGRESO						
DEFUNCIÓN						

**INVESTIGACION DEL CASO**

**IV. DATOS DE LABORATORIO (Diagnóstico y seguimiento)**

**TRATAMIENTO**

PACIENTE	Prueba	Resultados	Fecha	Medicamento	Dosis	Fecha
	No treponémica					
Treponémica						
Control no treponémica						

\*Las pacientes con resultados positivos en pruebas de VIH deben anotarse en el Formulario de notificación de VIH/SIDA y enviar por **valija confidencial**

**DATOS DE LA(S) PAREJA(S)**

REALIZACIÓN DE PRUEBA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------	-----------------------------	-----------------------------

**V. FACTORES DE RIESGO**

No realizó prueba de laboratorio		Tratamiento no documentado	
No tratada		Acude a parto sin la tarjeta de control prenatal	
Tratada con un regimen sin penicilina		No tratamiento al compañero sexual	
Tratam. adecuado pero sin la disminución en los titulos		Usaria de droga	
Tratamiento menos de un mes antes del parto		Multiples parejas	
Tratamiento adecuado, pero con seguimiento serológico insuficiente		Otro	

**VI. CONDICIÓN DEL PRODUCTO AL TÉRMINO DEL EMBARAZO:**

VIVO  ABORTO  OBITO

**VII. OTRAS OBSERVACIONES**

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE REPORTA

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE NOTIFICA EL CASO

CARGO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE INVESTIGA EL CASO

CARGO

VERSION 2017



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA

(DECRETO No. 1617 DE 21 DE OCTUBRE DE 2014)

**NOTIFICACION DEL CASO**

No. Reg. SISVIG

**I. IDENTIFICACIÓN DEL(DE LA) PACIENTE:**

NOMBRE (Niño o niña)						CÉDULA							
SEXO:	MASCULINO	<input type="checkbox"/>	FEMENINO	<input type="checkbox"/>	SEGURO SOCIAL:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
FECHA DE NACIMIENTO			DÍA	MES	AÑO	EDAD			AÑO	MES	DÍA	PESO AL NACER	Kg
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE						Cédula de la madre							
DIRECCIÓN RESIDENCIAL:				REGIÓN	DISTRITO								
CORREGIMIENTO				COMUNIDAD									
CALLE		PUNTO DE REFERENCIA				TELÉFONO							

**II. INFORMACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LA PACIENTE**

FECHAS DE:	DÍA	MES	AÑO	SÍGNOS Y SÍNTOMAS	DÍA	MES	AÑO
INICIO DE SÍNTOMAS							
DIAGNÓSTICO INICIAL							
NOTIFICACIÓN							
HOSPITALIZACIÓN							
EGRESO							
DEFUNCIÓN							

**INVESTIGACION DEL CASO**

**III. DATOS DE LABORATORIO Y TRATAMIENTO**

PRUEBAS NO TREPONÉMICAS	DILUCIONES	FECHA		
		DÍA	MES	AÑO
AL NACER				
UN MES				
3 MESES				

PRUEBA TREPONÉMICA

RESULTADO

FECHA

VDRL EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

RESULTADO

FECHA

Observación: dos pruebas consecutivas no reactivas es criterio de descarte para casos sospechosos.

	MEDICAMENTO APLICADO	Dosis	Duración
TRATAMIENTO			
PROFILAXIS			
NO REQUIERE			

**IV. DIAGNÓSTICO**

CÓDIGO

SOSPECHOSO

CONFIRMADO

DESCARTADO

**V. OTRAS OBSERVACIONES**

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE REPORTA

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE NOTIFICA

CARGO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE INVESTIGA

CARGO

VERSION 2017

Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social  
Dirección General de Salud  
Departamento de Epidemiología

Búsqueda Activa de Muerte por Tétanos Neonatal (TNN) en la Comunidad

Región \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Comunidad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Responsable \_\_\_\_\_

1. Nacimiento en el último año (23 de abril de 2004 al 22 de abril de 2005) No \_\_\_ Si \_\_\_

2. Parto en Casa No \_\_\_ Si \_\_\_

3. Si el parto fue en casa:

Parto atendido por: \_\_\_\_\_ Personal de salud  
\_\_\_\_\_ Partera Tradicional  
\_\_\_\_\_ Familiar  
\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

4. Niño vive Si \_\_\_ No \_\_\_

5. Si el niño falleció:

Edad de fallecimiento: < de 28 días \_\_\_\_\_ > de 28 días \_\_\_\_\_

6. Causa de Fallecimiento:

Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_

Síntomas y Signos \_\_\_\_\_

7. Certificación Médica de Defunción Si \_\_\_ No \_\_\_

8. Autopsia Verbal Si \_\_\_ No \_\_\_

Revisar certificado de Defunción o Autopsia verbal para verificar diagnóstico y en caso de no haber, realizar la investigación. Adjuntar a la encuesta copia del documento que establezca la causa de muerte.

### Tétanos Neonatal

1. **Sospechoso:** Recién nacido con succión y llanto normal en los primeros dos días de nacido, que después del tercer día inicia cuadro con dificultad para la succión

2. **Probable:** Caso sospechoso más antecedente de parto sin asistencia profesional del parto y madre sin vacuna de toxoide tetánico

3. **Confirmado:** Caso probable más aparición de signos y síntomas de la enfermedad entre los días tres (3) a veintiocho (28) de vida más trismos seguido de rigidez muscular generalizada y / o convulsiones.

**REPÚBLICA DE PANAMÁ - MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS**  
**FORMULARIO DE INVESTIGACION DE TOS FERINA O SINDROME COQUELUCHOIDE**

Llene este formulario para todo caso con historia de tos de al menos 14 días y paroxismos o estridor al inspirar o vómitos después de toser y sin otra causa obvia.  
 Epidemiología MINSA correo electrónico: vigeipanamama@yahoo.com, Tel: 512-9267/9413/9147 Fax : 512-9377. CSS: Tel 503-3513/3676, Fax: 503-3514.

**I. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Cédula:	# exp clínico	Nombres:	Apellidos:
Caso individual? (Sí, No, Desc.)	Relacionado a otro caso? (Sí, No, Desc.)	Nombre del caso relacionado:	

**II. DATOS CLINICOS DEL PACIENTE Para todos los síntomas marque S para Si, N para No o D para se desconoce. No deje casillas en blanco.**

Tos? (Sí, No, Desc.)	Estridor inspiratorio? (Sí, No, Desc.)	Tos Paroxística (accesos de tos)? (Sí, No, Desc.)
Apnea? (Sí, No, Desc.)	Vómitos después de la tos? (Sí, No, Desc.)	Cianosis? (Sí, No, Desc.)
Neumonía? (Sí, No, Desc.)	Convulsiones? (Sí, No, Desc.)	Encefalopatía? (Sí, No, Desc.)
Presencia de la tos a los 14 o más días de iniciada? (Sí, No, Desc.)	Defunción? (Sí, No, Desc.)	
Especifique si hubiera otros síntomas relevantes:		

Para las siguientes fechas escriba el día, mes y año.

	Día	Mes	Año
Inicio de la tos:			
Defunción:			
Egreso:			

Antibiótico utilizado en el tratamiento? Marque S para Si, N para No o D para se Desconoce para los siguientes antibióticos. Especifique cuál si marca "otro". Escriba la fecha del inicio de tratamiento con antibióticos para esta enfermedad.

Eritromicina? (Sí, No, Desc.)	Otro? (Sí, No, Desc.)	Cuál?
Claritromicina? (Sí, No, Desc.)	Fecha del inicio de antibióticos	Día Mes Año
Azitromicina? (Sí, No, Desc.)		

**III. DATOS DE LABORATORIO**

Muestras de laboratorio tomadas. No deje casillas en blanco.

Hisopado nasofaríngeo? (Sí, No, Desc.)	Fecha de la toma hisopado?	Día Mes Año
Aspirado nasofaríngeo? (Sí, No, Desc.)	Fecha de la toma aspirado?	
Sangre Hemograma? (Sí, No, Desc.)	Fecha de la toma sangre?	
Tejido? (Sí, No, Desc.)	Fecha de la toma tejido?	
Muestra tomada para RT-PCR? (Sí, No, Desc.)	Resultado RT-PCR (Positivo, Negativo, Indeterminado, Desc., No Efectuado):	
Muestra tomada para cultivo? (Sí, No, Desc.)	Resultado cultivo Bordetella (Positivo, Negativo, Desconocido, No Efectuado):	
Número de leucocitos:	Porcentaje de linfocitos:	%

**IV. ANTECEDENTES VACUNALES.**

Paciente	Nº dosis (0="ninguna")	Fecha de la última dosis (00/00/00 ="no recibida")			Padres del paciente	Nº dosis (0="ninguna")	Fecha de la última dosis (00/00/00 ="no recibida")			Perifoco	Grup o edad	Pob. Encu estad a	Pob. Vacu nada
		Día	Mes	Año			Día	Mes	Año				
Penta/Hexa					Embarazada o Púerpera					<5			
Tetra					Padre o Conyuge					5-14			
DPT										15y+			
Tdap										Total			

**V. DATOS DE LOS CONTACTOS Para cada casilla, escriba el número (0-99), respuesta (S, N, D) No deje casillas en blanco.**

Sintomáticos Respiratorio en la vivienda del caso		Sintomáticos Respiratorio en el perifoco		Quimioprofilaxis a contactos		Antibiótico utilizado en la quimioprofilaxis?		Si el paciente es menor de seis meses investigar :	
Grupo de edad	Nº	Grupo de edad	Nº	Grupo de edad	Nº	Eritromicina? (Sí, No, Desc.)	Claritromicina? (Sí, No, Desc.)	Instalación de nacimiento del bebé:	
< de 5 años		< de 5 años		< de 5 años				Instalación de Control del embarazo de la madre:	
5 a 14 años		5 a 14 años		5 a 14 años				Instalación de control de Crecimiento y desarrollo del bebé :	
15 y mas		15 y mas		15 y mas		Otro? (Sí, No, Desc.)			
Total		Total		Total		Cual?			
Número de días de tos del paciente al finalizar la investigación ?					Número de casas visitadas :				

**VI. FACTOR DE RIESGO Para cada casilla marque S para Si, N para No o D para se Desconoce. No deje casillas en blanco.**

Paciente con esquema de vacunación incompleto? (Sí, No, Desc.)	Paciente con problemas de hacinamiento? (Sí, No, Desc.)
Paciente es contacto de caso confirmado? (Sí, No, Desc.)	Otro factor de riesgo? (Sí, No, Desc.)

**VII. COMENTARIOS :**

**VIII. DIAGNÓSTICO FINAL**

Diagnóstico final:	
Nombre del investigador clínico:	Instalación del investigador clínico:
Nombre del investigador perifocal:	Instalación del investigador perifocal:
Fecha:	Día Mes Año
Fecha:	Día Mes Año



**I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

Cédula		N° de expediente clínico (si no tiene cédula):		Asegurado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre:			Apellido:		
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Edad cumplida	Años Meses Días
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Persona responsable: (En menores o discapacitados)			
Dirección	Provincia		Región		Distrito
	Comunidad o zona o sector:		Calle:		
N° Casa /Apto:	Teléfonos		Punto de referencia		
Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición (sólo si es diferente a la dirección residencial)			País		
Provincia		Región		Distrito	Corregimiento
Especifique el Lugar					

**II. INFORMACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE**

Diagnóstico:					
Condición: Ambulatorio <input type="checkbox"/>		Hospitalizado <input type="checkbox"/>		Fallecido <input type="checkbox"/>	
<b>Fecha de</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>		
Inicio de síntomas					
Hospitalización					
Defunción					
De toma de muestra					
Tipo de caso: Sospechoso <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/>					
Criterio de caso confirmado: Clínico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Nexa <input type="checkbox"/>					

**III. DATOS DEL QUE NOTIFICA EL CASO**

Nombre y apellido					
Cargo			Fecha	Día	Mes
Institución					
Teléfono			Región		

Observaciones:

**Nota:** Este formulario debe ser enviado al responsable de epidemiología de la instalación de salud, y en su ausencia al director de la instalación; estos a su vez lo enviarán a epidemiología regional; quienes lo notificarán a epidemiología del nivel central

Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología. Tel: 512-9267/9147; Fax: 512-9377. Correo electrónico: vigezipanama@yahoo.com  
Departamento Nacional de Epidemiología de la Caja de Seguro Social. Teléfono 503-3513 y 503-3676 Fax: 503-3514

MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS							
DEPARTAMENTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA							
FORMULARIO GENÉRICO DE INVESTIGACIÓN INDIVIDUAL DE EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA							
<b>I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE</b>							
Cédula				Ocupación			
Nombres			Apellidos				
<b>II. DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL EVENTO</b>							
Diagnóstico inicial							
Fechas de Atención	Día Mes Año	Signos y síntomas		Día Mes Año			
Inicio de síntomas							
Notificación							
Hospitalización							
Traslado							
Egreso							
Defunción							
Atención previa por el evento (detallar)							
<b>III. TRATAMIENTO ADMINISTRADO</b>					Día Mes Año		
<b>IV. MUESTRAS TOMADAS Y RESULTADOS DE LABORATORIO</b>							
Humanas	Día Mes Año	Resultados	Día Mes Año	Autopsia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				Día Mes Año			
				Muestra tomada:			
Otras muestras		Día Mes Año	Resultados	Día Mes Año			
<b>V. EXPOSICIÓN Y FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO</b>							
Factor de riesgo identificado	Fecha		Lugar de la exposición al riesgo				
<b>VI. ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL REALIZADAS</b>							
Informe de visita a viviendas	Acciones con el enfermo, contacto y ambiente			Día Mes Año			
Viviendas visitadas							
Personas investigadas							
Menores de 1 año							
1- 4 años							
5 a 14 años							
15 y mas							
N° casos secundarios							
<b>VII. INFORMACIÓN DE CONTACTOS</b>							
Nombre		Edad	Parentesco con el caso				
<b>VIII. DIAGNÓSTICO FINAL</b>							
			Sosp	Prob.	Conf.	Desc.	Día Mes Año
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Criterio de diagnóstico	Clinico <input type="checkbox"/>	Laboratorio <input type="checkbox"/>	Nexo epidemiológico <input type="checkbox"/>				
<b>IX. DATOS DEL QUE REALIZA LA INVESTIGACIÓN</b>							
Nombre			Cargo		Día Mes Año		
Institución			Región				
Observaciones							
Dpto. Nacional de Epidemiología MINSa. Tel. 512-9267/9147; Fax: 512-9377. Email: vigeipipanama@yahoo.com							
Dpto. Nacional de Epidemiología CSS. Tel. 503-3513 y 503-3676 Fax: 503-3514							



REPUBLICA DE PANAMA

MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE BROTE DE CUALQUIER ETIOLOGÍA



DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL QUE REPORTA EL BROTE

Nº de brote:

Persona notificante:

Tel / fax:

e-mail:

Nombre de la Institución:

MINSA

CSS

IMLCF

Privado

Fecha de notificación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de notificación: \_\_\_\_am pm

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL BROTE

Tipo de Brote: Inmunoprevenible  ETA  Respiratoria  Vectorial  Zoonosis  IAAS  Otros  Evento desconocido

Especifique nombre del brote: \_\_\_\_\_ sospechoso  confirmado

Fecha: Inicio del brote: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de ocurrencia del brote: Región de Salud Distrito Corregimiento Localidad

Dirección exacta Hospital/ servicio/sala

Punto de Referencia: Telefono

Número de casos: \_\_\_\_\_ Número de hospitalizados: \_\_\_\_\_ Número de fallecidos: \_\_\_\_\_

Animales afectados No \_\_\_ Si \_\_\_ Tipo animal: \_\_\_\_\_ Nº de animales afectados \_\_\_\_\_ Nº de animales muertos: \_\_\_\_\_

Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología. Teléfonos: 512-9267/9147; Fax: 512-9377. Correo electrónico: vigeipipanama@yahoo.com



**REPÚBLICA DE PANAMÁ**  
**MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS**  
**CARACTERIZACIÓN DEL BROTE: INICIAL:  ACTUALIZACIÓN:  FINAL:**



**PÁGINA N° 1/2**

Numero de brote: \_\_\_\_\_

Fecha de caracterización: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL COORDINADOR DE LA INVESTIGACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel / Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ MINSa  CSS  IMLCF  Privado

Provincia/Región de Salud: \_\_\_\_\_

**II- DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL BROTE**

Tipo de Brote: Inmunoprevenible  ETA  Respiratoria  Vectorial  Zoonosis  IAAS  Otros  Evento desconocido

Especifique nombre del brote: \_\_\_\_\_ Sospechoso  Confirmado

Fecha: Inicio del brote: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha: Inicio de la Investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de cierre de la investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de ocurrencia del brote: Región de Salud \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Corregimiento \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Dirección exacta \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ Servicio/sala \_\_\_\_\_

Punto de Referencia: \_\_\_\_\_

Animales afectados No \_\_\_ Si \_\_\_ Tipo animal: \_\_\_\_\_ N° de animales afectados \_\_\_\_\_ N° de animales muertos: \_\_\_\_\_

**III-DEFINICIÓN OPERATIVA DE CASO UTILIZADA EN ESTE BROTE:**

Caso sospechoso: \_\_\_\_\_

Caso confirmado: \_\_\_\_\_

**IV- DESCRIPCIÓN DE EXPUESTOS Y DE LOS CASOS**

**Expuestos**

Sexo	Grupo de edad/años										
	> 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 34	35 a 49	50 a 59	60 a 64	65 y +
Total											
Masculino											
Femenina											

**Enfermos**

Total											
Masculino											
Femenina											

**Tasa de ataque (enfermos entre los expuesto por 100)**

Total											
Masculino											
Femenina											

**Casos**

Grupo de edad/años	N° AMBULATORIOS			N° HOSPITALIZADOS			N° DEFUNCIONES		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
<1									
1-4									
5-9									
10-14									
15-19									
20-24									
25-34									
35-49									
50-59									
60-64									
65 y más									
NE									
<b>TOTAL</b>									

**V- DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS POR LOCALIDAD (presente mapa o croquis)**

Lugar, servicio, sala u otros afectados por el brote	Expuestos	Enfermos	Tasa de ataque por Lugar, servicio, sala u otros
1			
2			
3			
4			
5			

**VI- CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS**

N° de casos descritos

Signos y Síntomas	Frecuencia			Signos y Síntomas	Frecuencia			Signos y Síntomas	Frecuencia		
	Frecuencia	%			Frecuencia	%			Frecuencia	%	



**III. DECRETO EJECUTIVO N° 1617 de 21 de oct. de 2014**

REPÚBLICA DE PANAMÁ  
MINISTERIO DE SALUD



DECRETO EJECUTIVO N.º 1617  
De 21 de Octubre 2014

Que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia laboratorial y se señalan los procedimientos para su realización

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA**  
en uso de sus facultades constitucionales y legales,

**CONSIDERANDO:**

Que de conformidad con la Constitución Política de la República de Panamá, es función esencial del Estado velar por la salud de la población;

Que de conformidad con la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, el Órgano Ejecutivo, a proposición del Ministerio de Salud, dictará el reglamento que determinará las enfermedades de notificación obligatoria, las normas para efectuar las denuncias, los estudios epidemiológicos correspondientes, y los medios y procedimientos de control; por ende, para cumplir con esta responsabilidad se necesita realizar una efectiva vigilancia del riesgo sanitario;

Que el Decreto de Gabinete N.º 1 de 15 de enero de 1969, crea al Ministerio de Salud y como ente rector del sector salud le corresponde la determinación y conducción de la política de salud del gobierno en el país;

Que para poder alcanzar los objetivos antes citados, el Ministerio de Salud necesita disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica, que cuente con los instrumentos legales necesarios, a fin de obtener información completa, veraz y oportuna de todas las personas e instituciones públicas y privadas que, por la naturaleza de sus funciones o responsabilidad, puedan conocer la existencia de riesgos sanitarios;

Que la República de Panamá, como miembro de las Naciones Unidas, adoptó en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud el Reglamento Sanitario Internacional de 2005, cuya finalidad es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger su propagación, controlarla, y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y comercio internacional;

Que mediante la Ley 38 de 5 de abril de 2011, se adoptó el Reglamento Sanitario Internacional, conocidos por sus siglas (RSI -2005) y sus anexos,

**DECRETA:**

**Artículo 1.** Establecer la existencia de una categoría de riesgos a la salud individual y colectiva, denominados eventos de salud pública de notificación e investigación obligatoria y se definen los tipos de vigilancia epidemiológica y laboratorial.

**Artículo 2.** Categorizar los eventos de notificación obligatoria, para uso del sistema de vigilancia epidemiológica, según tipo de agrupamiento de la notificación como:

1. Eventos de notificación individual.
2. Eventos de notificación colectiva.

**Artículo 3.** Categorizar los eventos de notificación obligatoria para uso del sistema de vigilancia epidemiológica, según periodicidad de la notificación, en eventos de:

1. Notificación individual inmediata y semanal.
2. Notificación semanal.

**Artículo 4.** Categorizar los eventos de investigación obligatoria como:

1. Eventos de investigación inmediata o mediata.
2. Eventos de investigación ante la presencia casos o de brotes.



**Artículo 5.** Categorizar los diferentes tipos de vigilancia epidemiológica como:

1. Vigilancia universal.
2. Vigilancia centinela u otra modalidad.
3. Vigilancia de febriles.
4. Vigilancia laboratorial.
5. Vigilancia de factores de riesgo y de factores protectores a la salud.

**Artículo 6.** Vigilar universalmente todos los eventos contenidos en el artículo 19 del presente Decreto Ejecutivo, según las normas y procedimientos de vigilancia e investigación del Ministerio de Salud.

**Artículo 7.** El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública, definirá qué eventos de notificación obligatoria serán objeto de vigilancia centinela, según normas y procedimientos técnicos establecidos.

**Artículo 8.** El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública, incluirá o eliminará sistemas de vigilancia centinela, según la realidad epidemiológica nacional o internacional.

**Artículo 9.** El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública, autorizará qué agentes causales de enfermedad serán objetos de vigilancia laboratorial, en coordinación con los diferentes laboratorios públicos y privados, según normas y procedimientos técnicos establecidos.

**Artículo 10.** El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública, autorizará cuales agentes causales de enfermedad serán objetos de vigilancia laboratorial para la resistencia de los antimicrobianos o antivirales, en coordinación con los diferentes laboratorios públicos y privados, según normas y procedimientos técnicos establecidos.

**Artículo 11.** La vigilancia laboratorial deberá ser realizada en todos los establecimientos hospitalarios, públicos y privados, que efectúen cultivos o pruebas moleculares para microorganismos, tales como bacterias, virus, hongos u otros, por sus propios medios o con el apoyo del Laboratorio Central de Referencia del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, de acuerdo a como lo dispone la norma y procedimiento técnico correspondiente.

**Artículo 12.** Los laboratorios de los hospitales deberán remitir al Laboratorio Central de Referencia del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, la información de los resultados de la vigilancia laboratorial; a su vez, dichos laboratorios, informarán los resultados de esta vigilancia al Ministerio de Salud, de acuerdo a como lo dispone la norma y procedimiento técnico correspondiente.

**Artículo 13.** Los laboratorios clínicos, veterinarios, laboratorios de agua para consumo humano y los bancos de sangre, públicos y privados, en que se identifiquen los agentes causales de las enfermedades mencionados en el artículo 19, estarán obligados a notificarlos semanalmente al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, y éste a su vez, al Departamento Nacional de Epidemiología, mediante formularios provistos para este fin, en los que se deben registrar los siguientes antecedentes:

1. Identificación del paciente.



2. Diagnóstico.
3. Naturaleza de la(s) muestra(s); tipo de muestra, tales como orina, sangre y otros.
4. Institución solicitante.

**Artículo 14.** Los establecimientos mencionados en el artículo 12, deberán enviar las muestras o cepas correspondientes, al Laboratorio Central de Referencia del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, el cual realizará el estudio del agente y notificará los resultados al Departamento Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud.

**Artículo 15.** Se considerarán eventos de salud pública, sujetos a vigilancia epidemiológica, los factores de riesgo y factores protectores asociados a las enfermedades más prevalentes del país, a través de formas o establecimientos definidos por la Dirección General de Salud Pública, según las normas y procedimientos de vigilancia e investigación del Ministerio de Salud.

**Artículo 16.** La vigilancia universal y la centinela incluyen a los laboratorios y otras instalaciones de atención designadas, según las normas y procedimientos de vigilancia e investigación del Ministerio de Salud.

**Artículo 17.** Para los efectos del presente Decreto Ejecutivo, se tendrán las siguientes definiciones:

1. **Autoridad Competente en eventos radiológicos:** Autoridad nombrada o reconocida de otra forma por el Gobierno, con fines de reglamentación en materia de protección y seguridad radiológica.
2. **Brote:** Es la aparición de dos o más casos o eventos de salud pública nuevos asociados en tiempo, lugar y persona; cambio de la frecuencia de hospitalizaciones o muertes, o cambio en la afectación de los grupos de poblaciones humanas que supera los valores esperados. En caso de enfermedades nuevas o eliminadas, un caso es un brote.
3. **Caso sospechoso:** Es toda persona viva o fallecida que por los antecedentes, la evidencia clínica o ambos, se puede presumir la existencia de un evento de salud de notificación obligatoria.
4. **Caso confirmado:** Es todo caso sospechoso con evidencia laboratorial, imagenológica u otra evidencia definitiva de un evento de salud de notificación obligatoria.
5. **Caso confirmado por nexo epidemiológico:** Es todo caso sospechoso y con vínculo a un caso confirmado.
6. **Evento imprevisto:** Evento causado por una enfermedad o un agente ya eliminado o erradicado del Estado parte o no notificado anteriormente.
7. **Evento inusitado:** Es la presencia de un evento causado por un agente desconocido, o bien la fuente, el vehículo o la vía de transmisión son inusitados o desconocidos, o la evolución de los casos es más grave de lo previsto o presenta síntomas no habituales o la manifestación del evento resulta inusual para la zona, la estación o la población.
8. **Emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII):** Es un evento extraordinario que, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 se ha determinado que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados, a causa de la propagación internacional de una enfermedad y podría exigir una respuesta internacional coordinada.
9. **Enfermedad emergente:** Son aquellas enfermedades infecciosas nuevas o infecciones multiresistentes, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años.
10. **Enfermedad reemergente:** Es una enfermedad transmisible, previamente conocida, que reaparece como problema de salud pública, tras una etapa de significativo descenso de su incidencia y aparente control.
11. **Eventos de notificación obligatoria (ENO):** Son los rumores, sospechas, casos o defunciones por enfermedades, riesgos u otros eventos de salud, que por su transmisibilidad, peligrosidad o potencialidad de daño, sean definidos como tales, por el presente Decreto Ejecutivo.
12. **Eventos de salud de notificación obligatoria inmediata:** Son los rumores, sospechas, casos o defunciones de aquellas enfermedades, riesgos o eventos de salud, que por su transmisibilidad, peligrosidad o potencialidad de daño a la salud, deben ser

comunicados de forma inmediata, definidos como tales por el presente Decreto Ejecutivo.

13. **Eventos de salud de notificación obligatoria semanal:** Son los rumores, sospechas, casos o defunciones por aquellas enfermedades, riesgos o eventos de salud, que por su transmisibilidad, peligrosidad o potencialidad de daño a la salud, deben ser comunicados de forma semanal, definidos como tales por el presente Decreto Ejecutivo.
14. **Evento de salud pública de importancia internacional:** Es un evento de salud extraordinario que, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional, Anexo II, constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados y podría exigir una respuesta internacional coordinada y que debe ser notificada por el Estado parte.
15. **Evento de Salud Pública de Importancia Nacional (ESPIN):** Son los eventos de salud que ocurren en el territorio nacional y, a juicio del Ministerio de Salud son o pueden convertirse en un riesgo para la salud pública nacional.
16. **Emergencias Radiológicas:** Todo suceso involuntario, incluido un error de operación, fallo de equipo u otro contratiempo, cuyas consecuencias reales o potenciales no puedan desconocerse desde el punto de vista de la protección o seguridad, y que pudiera conducir a una exposición potencial o a condiciones de exposición anormales.
17. **Investigación inmediata:** Es la búsqueda de información necesaria y complementaria de todo rumor, sospecha, caso o defunción, de un evento de salud y de sus contactos, en menos de cuarenta y ocho (48) horas, contados a partir del momento en que se tuvo conocimiento de su existencia, de acuerdo a lo estipulado en las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica y otras leyes especiales que regulan el tema tales como bioterrorismo, violencia intrafamiliar y otras.
18. **Investigación mediata:** Es la búsqueda de información necesaria y complementaria, en menos de quince (15) días calendario, contados a partir del momento en que se tuvo conocimiento de su existencia, de todo rumor, sospecha, caso o defunción, de un problema o evento de salud, de acuerdo a lo estipulado en las normas de vigilancia epidemiológica y otras leyes especiales que regulan el tema.
19. **Investigación de brotes:** Es la búsqueda de información necesaria y complementaria en menos de cuarenta y ocho (48) horas, según las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica y otras leyes especiales que regulan el tema.
20. **Notificación obligatoria:** Es la comunicación de los eventos de salud de notificación obligatoria a las autoridades sanitarias establecidas en el presente decreto, de acuerdo a las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica.
21. **Notificación inmediata:** Es la comunicación por vía telefónica, fax, por escrito o en medio electrónico de todo evento de salud, al coordinador local, regional o central de epidemiología del Ministerio de Salud y, en su ausencia, al encargado de la entidad de salud pública más cercana, en menos de dos (2) horas, contadas a partir del momento en que se tuvo conocimiento de su existencia, y de acuerdo a lo señalado en las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica.
22. **Notificación semanal:** Es la comunicación por escrito, vía fax o medio electrónico de todo evento de salud al coordinador local, regional o central de epidemiología del Ministerio de Salud en la semana epidemiológica siguiente, de acuerdo a lo señalado en las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica. Este reporte debe ser realizado a más tardar a la 1:00 p.m. del segundo día laboral de la semana epidemiológica siguiente al nivel central de epidemiología.
23. **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 probabilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo.
24. **Rumor:** Son opiniones espontáneas y no confirmadas, originadas en la comunidad o en medios de comunicación de masas, asociadas a la presencia o incremento de problemas o eventos de salud pública, de notificación obligatoria o que implican algún riesgo a la salud individual o colectiva.
25. **Semana epidemiológica:** Es la unidad básica temporal para la notificación de casos y su agregación y análisis en los niveles locales, regionales y nacionales. Se cuenta a partir del domingo de cada semana y finaliza a las veinticuatro (24) horas del sábado.



siguiente. El Ministerio de Salud oficializará, cada año, el calendario con las semanas epidemiológicas a utilizar, por el sistema de vigilancia epidemiológico.

26. **Zoonosis:** Es una infección o enfermedad infecciosa transmisible, que en condiciones naturales, ocurre entre los animales vertebrados y el hombre.

**Artículo 18.** Para los efectos del presente Decreto Ejecutivo, se utilizarán además las definiciones de los eventos, los que se encuentren en la correspondiente norma técnica de cada uno de estos eventos a vigilar.

**Artículo 19.** Se declaran de notificación obligatoria en la República de Panamá, los rumores, sospechas, casos confirmados o defunciones al Departamento de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, de los eventos de salud contenidos en el siguiente listado:

1. Amebiasis intestinal;
2. Botulismo;
3. Bronconeumonía;
4. Bronquiolitis;
5. Brucelosis;
6. Carbunco;
7. Chancro blando;
8. Cólera;
9. Dengue sin signos de alarma (DSSA), Dengue con signos de alarma (DCSA) y Dengue grave (DG);
10. Diarreas por rotavirus;
11. Difteria;
12. Efecto tóxico del contacto con escorpión;
13. Efecto tóxico del contacto con serpiente;
14. Efectos tóxicos agudos por plaguicidas;
15. Efectos tóxicos por metales;
16. Encefalitis virales: Equina del Este, San Luis, Equina del Oeste, Equina Venezolana y otras sin especificar;
17. Enfermedad de Creutzfeld-Jakob y su variante, Encefalopatía espongiiforme;
18. Enfermedad de Chagas: Tripanosomiasis americana;
19. Enfermedad diarreica y gastroenteritis de origen infeccioso;
20. Enfermedad meningocócica;
21. Hantavirus;
22. Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI);
23. Eventos de bioterrorismo;
24. Eventos de emergencia química o ambiental;
25. Eventos de emergencia radiológica o radio nucleares;
26. Fiebre amarilla;
27. Fiebre del Valle del Rift;
28. Fiebre equina venezolana;
29. Fiebre hemorrágica virales: Ébola, Lassa, Marburgo, Chicungunya y otras;
30. Fiebre del Nilo Occidental;
31. Fiebre recurrente por piojos;
32. Fiebre tifoidea y paratifoidea;
33. Filariasis;
34. Geohelmintiasis;
35. Granuloma inguinal;
36. Hepatitis: A, B, C, D, E, y otras no especificadas;
37. Herpes genital;
38. Infección gonocócica;
39. Infección por VIH/Sida;
40. Infección por virus papiloma humano;
41. Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS);
42. Infección por virus linfotrópico humano HTLVII-II;
43. Influenza o gripe;
44. Influenza por un nuevo subtipo de virus;



45. Intoxicación alimentaria;
46. Invaginación o intususcepción intestinal en niños menores de un(1) año de edad;
47. Leishmaniasis;
48. Lepra;
49. Leptospirosis;
50. Linfogranuloma venéreo;
51. Meningitis bacterianas: Meningitis por *Haemophilus influenzae*, Meningitis por *Streptococcus pneumoniae* sin especificar;
52. Meningitis virales;
53. Mordedura de murciélago;
54. Mordedura de perro;
55. Muertes maternas, perinatal e infantil;
56. Neumonía;
57. Oncocercosis;
58. Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva;
59. Paludismo;
60. Parálisis flácida aguda en menores de quince (15) años;
61. Parotiditis;
62. Peste;
63. Poliomiелitis;
64. Rabia en humanos;
65. Rickettsiosis;
66. Rubéola;
67. Salmonelosis;
68. Sarampión;
69. Shigelosis;
70. Sífilis y otras no especificadas;
71. Sífilis congénita;
72. Sífilis en embarazadas;
73. Sífilis primaria;
74. Síndrome Coqueluchoide;
75. Síndrome febril agudo hemorrágico;
76. Síndrome febril agudo icterico;
77. Síndrome febril agudo neurológico;
78. Síndrome febril con distress respiratorio;
79. Síndrome respiratorio agudo severo (SARS);
80. Síndrome rubéola congénita;
81. Tétanos y tétanos neonatal;
82. Tifus exantemático por piojos;
83. Tos ferina;
84. Toxoplasmosis congénita;
85. Tuberculosis;
86. Ulceración e inflamación vulvovaginal en enfermedades clasificadas en otra parte;
87. Uretritis no especificadas;
88. Varicela;
89. Violencia intrafamiliar;
90. Viruela;
91. Todo agente nuevo o resistencia a las terapias utilizadas, identificado a través de laboratorios públicos y privados;
92. Todo brote de enfermedad o evento nuevo, de importancia para la salud pública nacional o internacional, incluso los de origen desconocido, no incluido en este listado;
93. Todos los hallazgos de los sistemas de vigilancia epidemiológicas especiales, los hallazgos positivos de los sistemas de vigilancia clínica laboratorial, los hallazgos de investigaciones en humanos a animales y de otros sistemas de monitoreos incluidos los de alimentos y vigilancia del agua para consumo humano.



**Artículo 20.** Clasificar los eventos de salud de notificación obligatoria, según tipo y periodicidad de la notificación, y tipo de investigación epidemiológica y periodicidad, de acuerdo al siguiente cuadro:

Eventos de Salud Pública de Notificación Obligatoria		Tipo de notificación	Periodicidad de la notificación	Tipo de investigación epidemiológica y periodicidad	
		Individual Colectiva		Caso	Brotos
1	Amebiasis intestinal	Colectiva	1		Inmediata
2	Botulismo	Individual	2	Inmediata	Inmediata
3	Bronconeumonía	Colectiva	1		Inmediata
4	Bronquiolitis	Colectiva	1		Inmediata
5	Brucelosis	Individual	1	Mediata	Inmediata
6	Carbunco	Individual	2	Inmediata	Inmediata
7	Chancro blando	Colectiva	1		Inmediata
8	Cólera	Individual	2	Inmediata	Inmediata
9	Dengue sin signos de alarma (DSSA), Dengue con signos de alarma (DCSA) y Dengue grave (DG)	Individual	2	Inmediata	Inmediata
10	Diarreas por rotavirus	Colectiva	1		Inmediata
11	Difteria	Individual	2	Inmediata	Inmediata
12	Efecto tóxico del contacto con escorpión	Colectiva	1		Inmediata
13	Efecto tóxico del contacto con serpiente	Colectiva	1		Inmediata
14	Efectos tóxicos agudos por plaguicidas	Individual	1	Mediata	Inmediata
15	Efectos tóxicos por metales	Individual	1	Mediata	Mediata

16	Encefalitis virales: Equina del Este, San Luis, Equina del Oeste, Equina Venezolana y otras sin especificar	Individual	2	Inmediata	Inmediata
17	Enfermedad de Creutzfeld-JaKob y su variante, Encefalopatía espongiiforme	Individual	1	Mediata	Mediata
18	Enfermedad de Chagas: Tripanosomiasis americana	Individual	1	Mediata	Inmediata
19	Enfermedad diarreaica y gastroenteritis de origen infeccioso	Colectiva	1		Inmediata
20	Enfermedad meningocócica	Individual	2	Inmediata	Inmediata
21	Hantavirus	Individual	2	Inmediata	Inmediata
22	Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)	Individual	2	Inmediata	Inmediata
23	Eventos de bioterrorismo	Individual	2	Inmediata	Inmediata
24	Eventos de emergencia química o ambiental	Individual	2	Inmediata	Inmediata
25	Eventos de emergencia radiológica o radionucleares	Individual	2	Inmediata	Inmediata
26	Fiebre amarilla	Individual	2	Inmediata	Inmediata
27	Fiebre del Valle del Rift	Individual	2	Inmediata	Inmediata
28	Fiebre equina venezolana	Individual	2	Inmediata	Inmediata
29	Fiebre hemorrágica virales: Ébola, Lassa, Marburgo, Chicungunya y otros	Individual	2	Inmediata	Inmediata
30	Fiebre del Nilo Occidental	Individual	2	Inmediata	Inmediata
31	Fiebre recurrente por piojos	Individual	2	Inmediata	Inmediata
32	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Individual	2	Inmediata	Inmediata
33	Filariasis	Individual	1	Mediata	Mediata
34	Geohelmintiasis	Colectiva	1		
35	Granuloma inguinal	Colectiva	1		



36	Hepatitis: A, B, C, D, E, y otras no especificadas	Individual	1	Mediata	Mediata
37	Herpes genital	Colectiva	1		
38	Infección gonocócica	Colectiva	1		Mediata
39	Infección por VIH/Sida	Individual	1	Mediata	Inmediata
40	Infección por virus papiloma humano	Colectiva	1		
41	Infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)	Colectiva	1		Inmediata
42	Infección por virus linfotrópico humano HTLVI-II	Individual	1	Mediata	
43	Influenza o gripe	Colectiva	1		Inmediata
44	Influenza por un nuevo subtipo de virus	Individual	2	Inmediata	Inmediata
45	Intoxicación alimentaria	Individual	1		Inmediata
46	Invaginación o intususcepción intestinal en niños menores de un(1) año de edad	Individual	1	Mediata	
47	Leishmaniasis	Individual	1		Mediata
48	Lepra	Individual	1	Mediata	Mediata
49	Leptospirosis	Individual	2	Inmediata	Inmediata
50	Linfogranuloma venéreo	Colectiva	1		
51	Meningitis bacterianas: Meningitis por Haemophilus influenzae, Meningitis por Streptococcus pneumoniae y sin especificar	Individual	2	Inmediata	Inmediata
52	Meningitis virales	Individual	2	Inmediata	Inmediata
53	Mordedura de murciélago	Individual	2	Inmediata	Inmediata
54	Mordedura de perro	Colectiva	1		
55	Muertes maternas, perinatal e infantil	Individual	1	Mediata	
56	Neumonía	Colectiva	1		Inmediata
57	Oncocercosis	Individual	1	Mediata	Mediata
58	Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva	Colectiva	1		
59	Paludismo	Individual	2	Inmediata	Inmediata
60	Parálisis flácida aguda en menores de quince (15) años	Individual	2	Inmediata	Inmediata
61	Parotiditis	Individual	1	Mediata	Inmediata
62	Peste	Individual	2	Inmediata	Inmediata
63	Poliomielitis	Individual	2	Inmediata	Inmediata
64	Rabia en humanos	Individual	2	Inmediata	Inmediata
65	Rickettsiosis	Individual	2	Inmediata	Inmediata
66	Rubéola	Individual	2	Inmediata	Inmediata
67	Salmonelosis	Individual	1	Mediata	Inmediata
68	Sarampión	Individual	2	Inmediata	Inmediata
69	Shigelosis	Individual	1	Mediata	Inmediata
70	Sífilis y otras no especificadas	Individual	1	Mediata	
71	Sífilis congénita	Individual	1	Mediata	
72	Sífilis en embarazadas	Individual	1	Mediata	
73	Sífilis primaria	Individual	1	Mediata	
74	Síndrome Coqueluchoide	Individual	2	Inmediata	Inmediata
75	Síndrome febril agudo hemorrágico	Individual	2	Inmediata	Inmediata
76	Síndrome febril agudo icterico	Individual	2	Inmediata	Inmediata
77	Síndrome febril agudo neurológico	Individual	2	Inmediata	Inmediata
78	Síndrome febril con distress respiratorio	Individual	2	Inmediata	Inmediata



79	Síndrome respiratorio agudo severo (SARS)	Individual	2	Inmediata	Inmediata
80	Síndrome rubéola congénita	Individual	2	Inmediata	
81	Tétanos y tétanos neonatal	Individual	1	Mediata	
82	Tifus exantemático por piojos	Individual	2	Inmediata	Inmediata
83	Tos ferina	Individual	2	Inmediata	Inmediata
84	Toxoplasmosis congénita	Individual	1	Mediata	
85	Tuberculosis	Individual	1	Mediata	Inmediata
86	Ulceración e inflamación vulvovaginal en enfermedades clasificadas en otra parte	Colectiva	1		
87	Uretritis no especificadas	Colectiva	1		
88	Varicela	Colectiva	1		
89	Violencia intrafamiliar	Individual	1		
90	Viruela	Individual	2	Inmediata	Inmediata
91	Todo agente nuevo o resistente a las terapias utilizadas, identificado a través de laboratorios público o privados	Individual	2	Inmediata	Inmediata
92	Todo evento nuevo, de importancia para la salud pública nacional o internacional, incluso los de origen desconocido, no incluido en este listado	Individual	2	Inmediata	Inmediata
93	Todos los hallazgos de los sistemas de vigilancia epidemiológicas especiales como centinelas y otros, y de los sistemas de vigilancia clínica laboratorial que identifiquen resultados positivos	Individual	1	Inmediata	Inmediata

**Artículo 21.** La Dirección General de Salud Pública, vigilará que se elaboren y actualicen periódicamente las normas y procedimientos de vigilancia e investigación epidemiológica.

**Artículo 22.** El Ministerio de Salud pondrá a disposición un sistema de información que permita al sector público, privado, patronatos, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones que presten servicios de salud, el reporte oportuno de los eventos de salud de notificación e investigación obligatoria.

**Artículo 23.** Para facilitar la notificación de los eventos, contemplados en el presente Decreto Ejecutivo, todas las instalaciones en donde existan responsables de registros médicos o personal encargado y de epidemiología en el Ministerio de Salud, patronatos y el personal de la Caja de Seguro Social, deberán de contar con equipamiento informático y acceso a internet en un plazo no mayor de dos (2) años, a partir de la promulgación del presente Decreto Ejecutivo. Solo se eximirá del acceso a internet, a las áreas donde no se pueda captar la señal.

**Artículo 24.** La autoridad sanitaria, en los diferentes niveles de la organización de salud, podrá designar comisiones para investigar eventos de salud o brotes contemplados en el presente Decreto Ejecutivo y los directores de instituciones de salud pública o privadas u otras, deberán de inmediato dar toda la cooperación para el cumplimiento de este mandato.

**Artículo 25.** Para la realización de las investigaciones epidemiológicas, todas las regiones e instalaciones de salud deberán de tener disponibles y debidamente entrenados, al menos a un (1) equipo de respuesta rápida (ERR), para realizar las investigaciones correspondientes, según lo define el artículo 20 del presente Decreto Ejecutivo.



**Artículo 26.** Los directores regionales, directores de hospitales y administradores, son responsables de brindar todo el apoyo logístico a los equipos de respuesta rápida (ERR), para que estos puedan realizar las investigaciones epidemiológicas contempladas en el presente Decreto Ejecutivo, aún en horarios no regulares.

**Artículo 27.** Los hospitales públicos y privados, deberán de tener constituido formalmente unidades de epidemiología y equipo de respuesta rápida, que podrán ampliar o modificar, de acuerdo al tipo de evento que se investiga, los cuales están obligados a cumplir las normas de vigilancia epidemiológica.

**Artículo 28.** Los hospitales públicos y privados o cualquier otra instalación, están obligados en forma expedita permitir al Ministerio de Salud realizar la investigación, monitoreo y evaluación de los eventos contemplados en este Decreto Ejecutivo dentro de sus instalaciones y proporcionar información inmediata o según lo requiera el (la) Director (a) General de Salud Pública o sus designados.

**Artículo 29.** Los responsables de las instituciones públicas, privadas, organizaciones y otras, que realicen investigaciones o que brinden servicios de salud humana, salud animal o realicen monitoreo ambiental, y detecten fauna o flora nociva o cualquier riesgo a la salud humana, incluyendo los eventos de salud, contemplados en el presente Decreto Ejecutivo, están obligados a notificar de forma oportuna y completa, a epidemiología del Ministerio de Salud del nivel correspondiente, por la vía más rápida disponible.

**Artículo 30.** Todas las empresas de servicios aeroportuarios, puertos, puestos fronterizos, aerolíneas, embarcaciones, aeronaves, u otro transporte público o privado, organizaciones no gubernamentales (ONG), los servicios públicos, tales como aduana, migración, seguridad y otros, están obligados para efectos de investigación epidemiológica, a proporcionar de inmediato, el nombre de los enfermos, expuestos y contactos de cualquier evento de salud de notificación obligatoria incluida en el presente Decreto Ejecutivo y la siguiente información adicional: número de cédula o pasaporte, nombre y teléfono de algún familiar o contacto.

**Artículo 31.** Los médicos, odontólogos, enfermeras, veterinarios, laboratoristas, ayudantes de salud y otros que identifiquen los eventos de salud, contenidos en el presente Decreto Ejecutivo, de las instalaciones del Ministerio de Salud, unidades ejecutoras de la Caja del Seguro Social (CSS), sector privado y otras instituciones, lo comunicarán al responsable de epidemiología de su institución y, en su ausencia, al director de la instalación de salud y estos al nivel regional de epidemiología, quienes lo notificarán a nivel central de epidemiología del Ministerio de Salud, de acuerdo a las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica.

**Artículo 32.** Los eventos de salud señalados en el artículo 19 del presente Decreto Ejecutivo, como de notificación obligatoria, en las instituciones del sistema público o privado de salud, deben ser notificados en forma electrónica o escrita; en caso de no disponer de sistema vía web, con la periodicidad establecida de acuerdo a las normas y procedimientos para la vigilancia e investigación epidemiológica elaborado por el Ministerio de Salud. Esto no invalida la notificación inmediata por el medio accesible en los casos que se indica.

**Artículo 33.** Todas las instalaciones de salud deberán clasificar los casos confirmados de eventos, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, cuando así aplique.

**Artículo 34.** Todas las instalaciones públicas y privadas que brinden servicios de salud o las que realicen monitoreo ambiental, están obligadas a comunicar los problemas o eventos señalados en el artículo 19 del presente Decreto Ejecutivo, según las normas y procedimientos para la vigilancia e investigación epidemiológica, elaborado por el Ministerio de Salud, por la vía más expedita con que se cuente, ya sea teléfono, fax, correo electrónico, por el sistema electrónico vigente o personalmente y escrito, al encargado de la entidad de salud.

**Artículo 35.** Cuando la notificación realizada fuese telefónica, el informe escrito debe ser enviado en un término no mayor de cuarenta y ocho (48) horas, de acuerdo a las normas



procedimientos para la vigilancia e investigación epidemiológica, elaborado por el Ministerio de Salud.

**Artículo 36.** La notificación individual, colectiva y la investigación de casos y brotes de los eventos de salud, contenidos en los artículos 19 y 20 del presente Decreto Ejecutivo, deben realizarse en los formularios establecidos, de acuerdo a las normas y procedimientos para la vigilancia e investigación epidemiológica, elaborados por el Ministerio de Salud, considerándose imprescindible para los eventos de notificación individual, los siguientes datos:

1. Nombres y apellidos de la persona sospechosa o enferma. Si es menor de edad o discapacitado, además se debe notificar el nombre de la persona responsable.
2. Número de la cédula de identidad personal, en su ausencia, número de expediente clínico, seguro social o pasaporte.
3. Edad.
4. Sexo.
5. Lugar de residencia: provincia, región, distrito, corregimiento, localidad, sector, zona o barriada, lugares de referencia de ser necesario y teléfono, si tiene.
6. Diagnóstico probable o sospechoso o confirmado por clínica, laboratorio o nexos epidemiológico.
7. Fechas de inicio de síntomas y hospitalización, condición del paciente y fecha defunción, si fuere el caso.
8. Lugar donde se presume que se produjo el contagio o la exposición, si se conociera;
9. Fecha de toma de muestra para estudio de laboratorio si fuere el caso y resultados de estar disponibles.
10. Identificar la región de salud e instalación donde se detectó el caso, incluyendo el número de teléfono, si lo hubiere.
11. Observaciones de ser necesario.
12. Fecha de notificación.
13. Nombre, apellido y cargo de la persona que notifica el caso.

En caso de que por la naturaleza del problema se requieran datos complementarios a los señalados, la autoridad sanitaria podrá solicitarlos y deberán ser proporcionados.

**Artículo 37.** Todas las instalaciones públicas, privadas y otras que detecten riesgos a la salud individual y colectiva, ya sean productos de sistemas de vigilancia, investigaciones, monitoreo o análisis de productos de consumo u otro uso humano, deberán de notificarlo inmediatamente al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, según las normas y procedimientos de vigilancia e investigación epidemiológica del Ministerio de Salud

**Artículo 38.** Las investigaciones epidemiológicas de los eventos de salud, contenidos en el artículo 20 del presente Decreto Ejecutivo, se realizará en el tiempo y términos contenidos en las normas y procedimientos de vigilancia e investigación epidemiológica del Ministerio de Salud, coordinadas por el responsable de epidemiología o por el director de la instalación de salud, o por quien ellos designen a excepción de aquellas investigaciones de eventos de notificación obligatoria que estén regulados por otras normas o procedimientos o legislaciones: violencia intrafamiliar, muertes maternas, muertes perinatales, muertes infantiles y muertes de menores de cinco (5) años, eventos químicos, eventos radiológicos, bioterrorismo, reacciones adversas a medicamentos, farmacovigilancia y otras, en donde epidemiología apoyará las acciones de investigación y seguimiento.

**Artículo 39.** Quedan obligados a notificar los eventos de salud, según las normas y procedimientos de vigilancia e investigación del Ministerio de Salud, las siguientes personas:

1. El médico, el odontólogo y la enfermera que asistan pacientes con enfermedad, riesgo o evento de salud de notificación obligatoria.
2. El médico que asista o realice una autopsia/necropsia, cuya causa se presuma constituya una enfermedad, riesgo o evento de salud que se encuentre entre las de notificación obligatoria.
3. Los médicos que laboran en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.



4. El responsable de la instalación pública o privada donde se presente un caso o sospecha, incluyendo los puntos de entrada designados independiente de su título profesional.
5. El dueño o encargado del laboratorio o banco de sangre, institutos de investigaciones y laboratorista que identifiquen resultados positivos.
6. Los veterinarios, en caso de zoonosis de importancia en salud pública.
7. La persona responsable del monitoreo ambiental que detecte una situación de riesgo o problema sanitario.
8. Los registradores auxiliares del Tribunal Electoral.
9. Los funcionarios del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.
10. La persona responsable del enfermo o de la situación de riesgo o problema sanitario.
11. Cualquier persona que tuviera conocimiento o sospecha de la existencia de uno de estos casos.

**Artículo 40.** Cuando la denuncia sea hecha ante otra autoridad administrativa, como en caso de corregidores, otras autoridades civiles y policías entre otros, ésta la transmitirá inmediatamente a la autoridad de salud correspondiente.

**Artículo 41.** El Ministerio de Salud estará obligado a incluir en sus normas y procedimientos de vigilancia e investigación, los mecanismos para preservar la confidencialidad de las personas que han padecido los eventos de salud incluidos en este Decreto Ejecutivo.

**Artículo 42.** Es responsabilidad de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas consolidar y enviar, los informes de los eventos de salud contenidos en el presente Decreto Ejecutivo, que se capten en la red de servicios de salud, según lo establece las normas y procedimientos de vigilancia e investigación del Ministerio de Salud y de las bases de datos de los sistemas de vigilancia epidemiológicas especiales.

**Artículo 43.** Los responsables de laboratorios y bancos de sangre notificarán los resultados de las muestras humanas, animales, ambientales, agua y alimentos, al responsable de epidemiología del nivel correspondiente y a los responsables de la toma y envío de muestras, según las normas y procedimientos de vigilancia e investigación del Ministerio de Salud.

**Artículo 44.** Los laboratorios clínicos públicos y privados, en que se efectúen exámenes que confirmen algunas de las enfermedades establecidas en el artículo 19 del presente Decreto Ejecutivo, deberán notificartas a la autoridad sanitaria correspondiente, con los siguientes datos: nombre, apellidos, edad, sexo y domicilio de la persona a quién se le practicó el examen; tipo de examen, sin perjuicio de que su resultado sea enviado al profesional o institución que lo solicitó.

**Artículo 45.** La Dirección General de Salud Pública podrá agregar o eliminar eventos de salud pública, sujetos a vigilancia epidemiológica o laboratorial y modificar el tipo, periodicidad de la notificación y las formas de investigación de los casos, según necesidades, así como establecer otras estrategias de vigilancia que complementen las de notificación obligatoria.

**Artículo 46.** Los responsables de epidemiología de los hospitales o quienes la administración deleguen, están obligados a notificar todas las defunciones debidas a las enfermedades de notificación obligatorias (ENO), según las normas y procedimientos de vigilancia e investigación del Ministerio de Salud.

**Artículo 47.** Cada instalación de salud, tanto del sector público como privado, deberá asignar un responsable para la vigilancia epidemiológica de estos eventos y designarle el tiempo y apoyo logístico para que realice sus funciones.

**Artículo 48.** Ninguna entidad pública ni privada podrá publicar o hacer uso de la información emanada de la vigilancia de los eventos incluidos en el presente Decreto Ejecutivo, sin hacer referencia a su origen.



**Artículo 49.** La información resultante de la vigilancia de los eventos de salud de notificación obligatoria podrá ser compartida en los diferentes niveles según las normas y procedimientos de vigilancia e investigación del Ministerio de Salud.

**Artículo 50.** El Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y demás instituciones obligadas a notificar los eventos de salud incluidos en el presente Decreto Ejecutivo, tomarán las provisiones presupuestarias, a fin de que en el nivel respectivo, se cuente con las facilidades logísticas y los fondos suficientes que permitan asegurar la vigilancia, investigación y confirmación laboratorial, imagenológica y las acciones de prevención y control permanente.

**Artículo 51.** El tratamiento de los datos obtenidos como resultado de las notificaciones y comunicaciones a que alude el presente Decreto Ejecutivo, se regirán por lo establecido en la Ley 68 del 20 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada en su capítulo III, Derecho a la Intimidad.

**Artículo 52.** El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública, deberá de publicar los datos obtenidos de la vigilancia epidemiológica de los eventos de notificación obligatoria en su página web y publicar boletines epidemiológicos en forma periódica.

**Artículo 53.** Se autoriza a los médicos tratantes, directores de hospitales, responsables de epidemiología o al (la) Director (a) General de Salud Pública a solicitar, con carácter de obligatoriedad, y en forma oportuna, es decir, en menos de cuarenta y ocho (48) horas, la autopsia en los casos de que no se haya dilucidado el diagnóstico final de cualquier evento de salud contemplados en el presente Decreto Ejecutivo.

**Artículo 54.** El responsable de la entidad, pública o privada, los funcionarios o profesionales implicados o la persona natural, que infrinjan el presente Decreto Ejecutivo, serán sancionados de conformidad con el procedimiento y las sanciones contempladas en la Ley 66 de 1947, modificada por la Ley 40 de 2006.

**Artículo 55.** El presente Decreto Ejecutivo deroga el Decreto Ejecutivo N.º268 de 17 de agosto de 2001, así como cualquier disposición que le sea contraria.

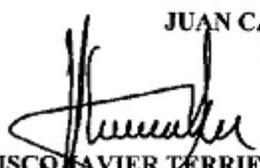
**Artículo 56.** El presente Decreto Ejecutivo empezará a regir a partir de su promulgación.

**FUNDAMENTO DE DERECHO:** Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete N.º1 de 15 de enero de 1969.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

Dado en la ciudad de Panamá a los 21 ( ) días del mes de oct. del año dos mil catorce (2014).

  
**JUAN CARLOS VARELA RODRÍGUEZ.**  
Presidente de la República

  
**FRANCISCO JAVIER TERRIENTES**  
Ministro de Salud



## BIBLIOGRAFÍA

OMS (WHO/EMC/DIS/97.1), Normas de Vigilancia recomendadas por la OMS

OMS/OPS – El Control De Las Enfermedades Transmisibles, David L. Heymann, Editor. 20a. Edición, 2017.

Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles y Otros Eventos. Serie de Normas Nacionales No. 11, 1998. Secretaría de Estado de Salud Pública, República Dominicana.

Normas Técnicas de Vigilancia de Enfermedades Trasmisibles, Año: 2000, Departamento de Epidemiología, División de Salud de las Personas, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Guía Nacional de Epidemiología, Volumen XX, No. E, 1996. División de Epidemiología, Ministerio de Salud, República de Panamá.

OMS-OPS, Boletín Epidemiológico. Vol. 20, No. 1, Marzo 1999

Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro Nacional de Epidemiología. Boletines Epidemiológicos: 2004, vol.12 No. 9/89-100, y 2002, vol. 10, No. 13/129-132 y No. 14/137-142.

MMWR-CDC, Case Definitions for Public Health Surveillance, October 19, 1990/Vol.39/No. RR- 13

Ministerio de Salud de Costa Rica, Protocolo para la Prevención y Control de la Leptospirosis, Tercera Edición, Editado en el 2002.

Secretaria de Salud de Honduras, Lineamientos de Vigilancia y Manejo Estandarizado de Pacientes con Dengue, I Edición, 2003.

Secretaria de Salud de Honduras, Manual de Manejo Integral con Enfoque Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual, 2001.

Ministerio de Salud de Panamá, Normas Técnicas Administrativas para la Atención de las Enfermedades transmitidas Sexualmente y el VIH/SIDA.

Ministerio de Salud de Panamá, Departamento de Vigilancia FPRSE:

- Normas Técnicas Administrativas de Vigilancia Epidemiológicas Especiales;
- Guías/Protocolos de Abordaje Integral de Problemas Priorizados

Ministerio de Salud de Panamá, Normas Técnicas Administrativas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

OMS-OPS, Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Segunda Edición. 2002.

**DIRECTORIO DE  
EPIDEMIOLOGIA  
EPIDEMIOLOGÍA A NIVEL  
CENTRAL**

TELÉFONOS: CENTRALES MINSA:  
512-9100/9200/9300/9400/9500  
DIRECTO: 512 – 9267 FAX: 512-9377  
Email: [vigepi@minsa.gob.pa](mailto:vigepi@minsa.gob.pa)

<b>JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA</b>	EXT. 1079
<b>TÉCNICOS(AS) EPIDEMIÓLOGOS(AS)</b>	EXT. 1087/ 1082/1036/1104/153 1
<b>SECCIÓN DE ESTADÍSTICA</b>	EXT. 1083
<b>SECRETARIAS</b>	EXT. 512- 9267/9147/9413
<b>PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES</b>	TEL. 512- 9210/9612/9614
<b>SECCIÓN DE ESTADÍSTICA /PAI</b>	FAX. 512-9611 EXT. 9613

**EPIDEMIOLOGIA REGIONALES Y HOSPITALES NACIONALES**

REGION/HOSPITAL:	TELEFONO:	FAX:
BOCAS DEL TORO	758-8765	758-8767
CHIRIQUI	774-5328	774-5328
COCLE	997-9953	997-9953
COLON	447-1247	447-1257
NGOBE BUGLE	727-0228	727-0228
KUNA YALA	212-1943	212-0153
DARIEN	299-5221	299-6300
HERRERA	996-7814	996-7814
LOS SANTOS	966-9317	966-9317
PANAMA ESTE	296-7607	296-7607
PANAMA METRO	512-6630	512-6627
PANAMA OESTE	254-8581	254-8581
PANAMA NORTE	268-9656	268-2003
SAN MIGUELITO	229-9808	229-9808
VERAGUAS	998-7410	998-7410
HOSPITAL SANTO TOMAS	507-5671	-----
HOSPITAL DEL NIÑO	512-9801	512-9801
INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL	512-7000	-----
C.H.A.A.M.	503-8965	503-8965
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIATRAS	513-7008	513-7008
CLINICA HOSPITAL SAN FERNANDO	503-6365	-----
CENTRO MEDICO PAITILLA	265-8861	265-8862