



GUIA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

PRIMERA PARTE

SEGUNDA EDICIÓN
2004



Ministerio de
Economía y
Finanzas
de Panamá



DR. CAMILO ALLEYNE
MINISTRO DE SALUD

DRA. DORA JARA
VICEMINISTRA DE SALUD

DR. JORGE LUIS PROSPERI
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

**DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DE FACTORES
PROTECTORES Y DE RIESGOS A LA SALUD Y
ENFERMEDADES**

DRA. ITZA B. DE MOSCA – Jefa
DR. ENRIQUE CASTAÑEDAS
DR. WASHINGTON LUM
LIC. MARÍA DE GRECO
DRA. ROCÍO ARJONA
DR. HÉCTOR CEDEÑO
DR. GUILLERMO CAMPOS

SECCIÓN DE ESTADÍSTICA

TS. DENNYS RODRÍGUEZ
TS. BENIGNO QUINTERO
TS. FELICIA M. DE MURILLO
ARM. MIRIAM A. DE CRESPO

SECRETARIAS

MARIASELA F. BROWN M.
RUBIELA S. DE MITCHEL
ISADORA M. LABRADOR

MENSAJERA

ZORAIDA BARRANTES

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

LIC. NELLY QUIRÓZ
LIC. ITZEL DE HEWITT
DRA. YADIRA DE MOLTÓ

SECCIÓN DE ESTADÍSTICA

ARM. DELIA DE RIVERA
ARM. NIDIA ARENAS

TÉCNICO DE INFORMÁTICA

SR. JESÚS MOJICA

JEFE DE LA SECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA/ ICGES

DR. VICENTE BAYARD

DEPARTAMENTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

DRA. ROSALÍA QUINTERO – Jefa

DR. ALBERTO PAREDES

ENF. ANETH CRAIG

COORDINADORES DE EPIDEMIOLOGIA REGIONALES DE HOSPITALES NACIONALES Y PRIVADO

BOCAS DEL TORO

DR. CARLOS FLORES
ENF. MARABELIS DE LÓPEZ

PANAMÁ OESTE

DRA. LOURDES GARCÍA
ENF. XIOMARA NÚÑEZ
ENF. THAYS DE LA CRUZ

PANAMÁ ESTE

DR. CRISTOBALINA BATISTA
ENF. DALYS PINTO
ENF. GLORIBETH GONZÁLEZ

C.H.A.A.M.

DR. RUDICK KANT
ENF. DEYRA SANTANA

COLÓN

DR. JULIO PALACIOS
ENF. MARITZA FRANCIS
ENF. TERESA WELCH

COCLÉ

DR. LAUREANO AGUILAR
ENF. CLEMENTINA SOTO

KUNA YALA

DR. EDISON MURILLO
LICDO. LEONIDAS TRONCOSO

HOSPITAL DEL NIÑO

DR. LUIS CORONADO
ENF. ONIX SUMAN

DARIÉN

DR. EUSEBIO VILLARREAL
ENF. ANANIAS GONZÁLEZ

CHIRIQUÍ

DR. PABLO ACOSTA
ENF. MAYELA GAITÁN
ENF. MARISELA ARJONA

VERAGUAS

DR. OVIDIO MENDOZA
ENF. DILSA LARA

**INSTITUTO ONCOLÓGICO
NACIONAL**

ENF. ANA CAVALI

LOS SANTOS

DR. CARLOS MUÑOZ
ENF. CANDIDA BROCE

HERRERA

DR. MARTÍN MEZA
ENF. RUTH DE RUÍZ

METROPOLITANA

DRA. MIRTA QUIEL
ENF. ZENAIDA VERGARA

CENTRO MÉDICO PAITILLA

ENF. ELSA DE ÁVILA

SAN MIGUELITO

ENF. CLARITA MENDOZA
ENF. JULIA DOMÍNGUEZ

NGOBE BUGLÉ

LICDO. OTILIO MUÑOZ

HOSPITAL SANTO TOMÁS

DRA. FELICIA TULLOCH
DR. CARLOS BRANDARIZ
ENF. ITZEL SOLÍS

**CLÍNICA HOSPITAL SAN
FERNANDO**

ENF. TRUPELL MAPP

OTROS COLABORADORES EN LA REVISIÓN

EPIDEMIOLOGIA DE SAN MIGUELITO

DR. LUIS GARRIDO

EPIDEMIOLOGIA R. METROPOLITANA

DR. ALBERTO AMARÍS

EPIDEMIOLOGIA DE VERAGUAS

DR. RICARDO CHONG

EPIDEMIOLOGÍA DE PMA ESTE

DRA. MINERVA CELESTINO (Q.E.P.D.)

INDICE

I. Guía para la Vigilancia Epidemiológica.....	1
I.A Guía De Problemas De Salud Pública Objeto De Investigación Obligatoria.....	7
I.B Guía Para La Elaboración De Un Sistema De Vigilancia Epidemiológica.....	8
I.C Guía Rápida para el Abordaje de algunas Enfermedades Notificables.....	9
II. Guía para la Investigación Epidemiológica	84
III. Guía para la Investigación de Brotes	95
IV. Guía para la Elaboración de un Análisis de Situación de Salud (ASIS)	100
V. Formatos Epidemiológicos	107
V.1 Supervisión y Evaluación al Nivel Regional	108
V.2 Supervisión y Evaluación al Nivel Local	123
V.3 Supervisión y Evaluación del PAI	132
V.4 Reporte de Notificación/ Investigación Epidemiológica	135
VI. Decreto Ejecutivo No. 268 del 2001	137

Bibliografía

Directorio de Epidemiología: Nacional, Regionales y Hospitales

I. GUÍA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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, la distribución y los 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

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

A continuación se mencionan las actividades principales 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 = farmacéuta	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	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
▪ Especial	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓	✓	✓		✓		
▪ Sindrómica	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓			✓	✓		✓			
▪ Centinela	✓	✓		✓	✓		✓			✓			✓			✓			✓	✓		✓			
▪ Enfermedades crónicas	✓	✓		✓	✓		✓			✓			✓			✓			✓	✓		✓			
▪ Internacional	✓	✓					✓	✓		✓						✓			✓	✓		✓			
▪ De brotes y epidémicas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Recolectar la información. Vigilancia:																									
▪ Rutinaria			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
▪ Especial	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
▪ Sindrómica		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
▪ Centinela	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
▪ Enfermedades crónicas		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
▪ Internacional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
▪ De brotes y epidémicas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. Detectar los casos y eventos según normas epidemiológicas.			✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. Recolectar la información necesaria según criterios de casos.		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. Notificar los datos registrados según periodicidad: diaria, semanal, mensual, u otras)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

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							✓	✓	✓													✓	✓	✓	
2. Elaborar cuadros, gráficas y mapas.							✓	✓	✓																
3. Análisis comparativo de la información según patrones y / o tendencias de la enfermedad o evento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4. Interpretar la información:																									
a. Describir la situación de salud actual.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
b. Establecer medidas específicas de prevención y control, según prioridades.	✓	✓	✓	✓	✓	✓										✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
c. Identificar áreas geográficas y grupos humanos de mayor riesgo.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
d. Establecer el costo del daño en salud para los servicios y la comunidad.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
e. Hacer predicciones futuras según tendencias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

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.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2. Difundir la información con asesoría técnica al personal de salud en todos los niveles de atención con énfasis al tomador de decisiones.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3. Presentar periódicamente la información a nivel nacional correspondiente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. Presentar periódicamente la información al nivel internacional.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			

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.	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Realizar bloqueo epidemiológico de los brotes.		✓	✓		✓	✓											✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓
3. Monitoreo y evaluación de las medidas operativas para el control de eventos.	✓	✓			✓	✓											✓	✓		✓			✓		
4. Coordinar de acciones de control.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.1 Con otros ministerios, instituciones y otras organizaciones.																									
4.2 Con las autoridades de otros países y agencias internacionales.	✓				✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓		

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
Gestión / Infraestructura	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1. Estructura Física.																									
2. Recurso Humano.																									
3. Equipos de informática.																									
4. Transporte.																									
5. Insumos.																									
6. Educación Permanente.																									
7. Logística.																									
8. Costo del sistema.																									
Procesos																									
1. Importancia del evento sometido a vigilancia.	✓	✓		✓	✓		✓			✓			✓			✓			✓	✓		✓			
2. Pertinencia del objetivo y componentes de la vigilancia.	✓	✓		✓	✓		✓			✓			✓			✓			✓	✓		✓			
3. Utilidad de la información procesada.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. Cumplimiento de leyes, decretos y resoluciones.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. Cumplimiento de normas, protocolos y procedimientos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. Verificar el grado de sub registro y la confiabilidad de los datos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		
7. Utilización de formularios específicos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Resultados																									
1. Cobertura de instalaciones notificadoras.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		
2. Instalaciones que realizan vigilancia.	✓	✓		✓	✓					✓	✓	✓				✓	✓		✓	✓		✓	✓		
3. Ejecución de investigaciones de eventos, casos y brotes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Impacto																									
1. Reducción de la incidencia o prevalencia.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓				✓	✓			✓	✓		✓	✓		
2. Eliminación o erradicación.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3. Costo beneficio.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		
4. Satisfacción del usuario.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		
5. Calidad del sistema.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

**CON ATERISCO SE INDICAN LOS PROBLEMAS QUE SON OBJTO DE NOTIFICACIÓN
INMEDIATA CON BASE AL DECRETO 268 DEL 2001 (ANEXO)**

1	BOTULISMO*	21	FIEBRE TIFOIDEA*	41	REACCIONES ADVERSAS SEVERAS POSTERIOR A LAS INMUNIZACIONES *
2	BRUCELOSIS	22	FIEBRE PARATIFOIDEA*	42	REACCIONES ADVERSAS SEVERAS A MEDICAMENTOS*
3	CARBUNCO CUTÀNEO	23	GRANULOMA INGUINAL	43	RUBÉOLA*
4	CHANCRO BLANDO	24	HEPATITIS A, B, C, E	44	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA*
5	CISTICERCOSIS	25	INFECCIÓN GONOCÓCCICA	45	SARAMPIÓN*
6	CÒLERA*	26	INFECCIÓN MENINGOCÓCCICA*	46	SHIGUELOSIS
7	DIFTERIA*	27	INFECCIÓN NOSOCOMIAL	47	SIDA E INFECCIÓN POR VIH
8	EFECTO TÓXICO (INTOXICACIÓN AGUDA POR PLAGUICIDAS IAPS)	28	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA (BROTE)	48	SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ*
9	ENCEFALITIS VIRAL*	29	LEPRA	49	SÍNDROME PARALÍTICO N. E. (PARÁLISIS FLÁCIDA < 15 AÑOS)*
10	ENFERMEDADES CAUSADAS POR HANTAVIRUS*	30	LEPTOSPIROSIS*	50	SÍFILIS Y SÍFILIS CONGÉNITA
11	ENFERMEDAD CHAGAS* (TRIPANOSOMIASIS AMERICANA)	31	LINFOGRANULOMA VENÉREO	51	TÉTANOS NEONATAL Y ADQUIRIDO
12	FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA*	32	MALARIA (PALUDISMO)	52	TIFUS*
13	FIEBRE AMARILLA URBANA*	33	MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B*	53	TOS FERINA*
14	DENGUE CLÁSICO	34	MENINGITIS MENINGOCÓCCICA*	54	SÍNDROME COQUELUCHOIDE*
15	DENGUE HEMORRÁGICO*	35	MENINGITIS TUBERCULOSA	55	TUBERCULOSIS (TODAS SUS FORMAS)
16	SINDROME DE CHOQUE POR DENGUE*	36	MORDEDURAS DE MURCIÉLAGOS	56	VIRUELA*
17	ENTERITIS DEBIDA A SALMONELLA (SALMONELOSIS)	37	MUERTES MATERNAS Y PERINATALES	57	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR*
18	EQUINOCOSIS	38	PESTE*		
19	FIEBRE EQUINA VENEZOLANA*	39	POLIOMIELITIS*	58	TODO CASO O BROTE DE ENFERMEDAD O PROBLEMA SANITARIO EMERGENTE.*
20	FIEBRE RECURRENTE TRANSMITIDA POR PIOJOS*	40	RABIA EN HUMANOS*		

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

Recordar:

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

**I.C GUIA RAPIDA PARA EL ABORDAJE DE ALGUNOS
PROBLEMAS DE SALUD OBJETO DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA**

Enfermedad	AMEBIASIS
Descripción Clínica:	La infección puede ser asintomática, y el espectro clínico varía de intestinal hasta extraintestinal como en el absceso hepático de severidad variable.
Definición de caso:	
1. Sospechoso:	Persona que presenta cuadro con fiebre, malestar abdominal con evacuaciones sanguinolentas o mucoide hasta la disentería fulminante.
2. Probable:	No aplica.
3. Confirmado Intestinal	Demostración microscópica de los quistes o trofozoitos de E. histolytica en heces o de trofozoitos en biopsia de tejidos o raspado de ulcera por cultivo o histopatología.
Extraintestinal	Demostración de trofozoitos de E. histolytica en tejido extraintestinal.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Personas que han ingerido alimentos o bebidas contaminadas, manipuladores de alimentos.
5. ¿Cuándo?	Ante caso confirmado.
6. Reportar	Caso confirmado a Epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria.
8. Aislamiento	Precauciones entérica.
9. Desinfección	Eliminación sanitaria de heces.
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	De los contactos y de las fuentes de infección. Estudio microscópico de las heces de contactos familiares y otros sospechosos.
12. Tratamientos	Forma Intestinal: Metronidazol 750 mg v.o x 10 días o tinidazol 800 mg v .o. x 3 días. Forma Extraintestinal: Según normas de atención.
13. Vacunación	Ninguna
14. 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.

Enfermedad	ANQUILOSTOMIASIS (UNCINARIASIS)
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Toda persona que presente dermatitis eritematosa pruriginosa, ya sea maculopapulosa o vesicular, manifestaciones pulmonares como tos seca, sibilancias, esputos teñidos de con sangre, fiebre de grado bajo y/o anorexia, diarrea, dolor abdominal vago, síntomas epigástricos, y síntomas de anemia.
2. Probable:	Caso sospechoso con evidencia laboratorial de eosinofilia (entre 30 y 60%) y/o anemia microcítica hipocrómica
3. Confirmado	Confirmación en las heces de los huevos del nematodo <i>Necator americanus</i> , <i>Ancylostoma duodenale</i> A. <i>Ceylanicum</i> y A. <i>Caninum</i> .
Investigar	
4. ¿Qué?	Personas que han ingerido alimentos o bebidas contaminadas, manipuladores de alimentos.
5. ¿Cuándo?	Ante caso confirmado
6. Reportar	Casos confirmados a epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria según Decreto Ejecutivo No. 268, de 17 de Agosto de 2001.
8. Aislamiento	Precauciones entérica.
9. Desinfección	Eliminación sanitaria de heces.
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	De los contactos y de las fuentes de infección.
12. Tratamientos	Mebendazol y albendazol.
Vacunación	Ninguna
Otras	

Enfermedad	BOTULISMO
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Diplopía, visión borrosa, debilidad generalizada e hipotonía, parálisis flácida simétrica descendente en la persona consciente.
2. Probable:	Caso sospechoso con antecedente de consumo de alimentos en conserva contaminado.
3. Confirmado	<u>Clásico:</u> Identificación de la Toxina específica en sangre, heces o alimentos contaminados ó cultivo positivo de Clostridium botulinum de las heces
Investigar	<u>En heridas:</u> presencia de la toxina en sangre y la identificación del microorganismo en el cultivo del material de la lesión.
4. ¿Qué?	Alimentos enlatados y en conservas (con énfasis las caseras).
5. ¿Cuándo?	A partir del caso sospechoso.
6. Reportar	Caso sospechoso por la vía más expedita a Epidemiología.
CONTROL	
7. Notificación	Obligatoria e inmediata.
8. Aislamiento	No
9. Desinfección	De utensilios contaminados con clorox ó esterilizarlos por ebullición. Los alimentos contaminados desintoxicarlos por ebullición antes de desecharlos. Eliminación sanitaria de las heces de los lactantes enfermos.
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	De contactos y de la fuente de la toxina.
12. Tratamientos	Antitoxina botulínica polivalente (AB o ABE) I.V., después de prueba de sensibilidad al suero equino. En heridas, antitoxina + debridamiento de heridas + antibiótico (penicilina). Intestinales, medidas meticulosas de apoyo, no usar antitoxina botulínica.
13. Vacunación	No
14. Otras	

Enfermedad	BRONCONEUMONIA
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Fiebre, tos productiva, cefalea, mialgias y artralgias
2. Probable:	Caso sospechoso con fiebre alta, dolor torácico, dificultad respiratoria o disnea. Auscultación pulmonar con roncocal y estertores subcrepitantes
3. Confirmado	Radiografía con pequeños focos de condensación, principalmente en las regiones dorso-basales y laterales de los lóbulos inferiores, con exudado bronquial y bronquiolar
Investigar:	Contactos conforme sospecha etiológica
4. ¿Qué?	Ante caso confirmado
5. ¿Cuándo?	Caso confirmado a Epidemiología.
6. Reportar	
CONTROL:	Rutinaria y obligatoria según Decreto Ejecutivo No. 268, de 17 de Agosto de 2001.
7. Notificación	Ninguno
8. Aislamiento	Ninguna
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	De contactos y fuentes de infección
11. Investigación	Antibioticoterapia conforme el agente etiológico, nebulizaciones, broncodilatadores, expectorantes.
12. Tratamientos	Ninguna
13. Vacunación	
14. Otras	

Enfermedad	BRUCELOSIS
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Fiebre continua intermitente e irregular de duración variable, cefalalgia, sudores nocturnos, fatiga, pérdida de peso, malestar generalizado.
2. Probable:	Caso sospechoso con una serología, con títulos mayor o igual a 160 en una o más muestras serológicas obtenida después de iniciado los síntomas.
3. Confirmado	Aislamiento de brucela o serología con aumento de 4 veces los títulos de anticuerpos.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Contacto con tejido, sangre, orina de animal, fetos, especialmente placentas e ingestión de leche cruda contaminada.
5. ¿Cuándo?	A partir de casos confirmados
6. Reportar	Casos confirmados a epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria según Decreto Ejecutivo No. 268, de 17 de Agosto de 2001.
8. Aislamiento	Ninguna
9 .Desinfección	De exudados.
10. Quimioprofilaxis	Ninguno
11. Investigación	De fuente de infección como ganado, puercos, cabra o leche y/o quesos no pasteurizados.
12. Tratamientos	Rinfampicina de 600 a 900 mg diarios o estreptomycinina 1 gr. Diario y Doxicilina 200mg/ día por 6 semanas como mínimo.
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	

Enfermedad	CISTICERCOSIS
<p style="text-align: center;">Descripción Clínica</p>	<p>Enfermedad zoonótica parasitaria con manifestaciones variable, dependiendo siempre de la localización del cisticerco, cuando este se aloja en el sistema nervioso central produce una neurocisticercosis y cuando su localización es el ojo y sus apéndices produce una cisticercosis ocular y periocular. Los síntomas aparecen varios años después de la infección y suelen asemejar a los tumores cerebrales con encefalitis, meningitis basal, hipertensión craneal y ataques epileptiformes que se presentan a intervalos regulares.</p>
<p>Definición de Caso</p>	<p>Caso compatible con la descripción clínica.</p> <p>Caso sospechoso con historia de exposición a explotaciones porcinas en condiciones deplorables o expuesto a la infección.</p> <p>Todo caso sospechoso que se confirma las formas adultas o larvaria de las Taenias por laboratorio (serología, biología molecular, frotis y/o aislamiento de la bacteria) o estudios radiológicos (TAC; RMN, otros).</p>
<p>INVESTIGAR</p>	<p>1. Sospechoso</p> <p>2. Probable</p> <p>3. Confirmado</p>
<p>CONTROL</p>	<p>4. ¿Qué?</p> <p>5. ¿Cuándo?</p> <p>6. Reportar</p>
<p>CONTROL</p>	<p>7. Notificación</p> <p>8. Aislamiento</p> <p>9. Desinfección</p> <p>10. Quimioprofilaxis</p>
<p>CONTROL</p>	<p>11. Investigación</p> <p>12. Tratamientos</p>
<p>CONTROL</p>	<p>13. Vacunación</p> <p>14. Otras</p>

Enfermedad	CONJUNTIVITIS HEMORRÁGICA:
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Toda persona con inició repentino de enrojecimiento, hinchazón y dolor, a menudo en ambos ojos;
2. Probable:	Caso sospechoso en quien aparecen hemorragias subconjuntivales.
3. Confirmado	Aislamiento de adenovirus del material obtenido de la conjuntiva, antígenos víricos por inmunofluorescencia, por identificación del ácido nucleico vírico o por títulos crecientes de anticuerpos.
Investigar	
4. ¿Qué?	Contactos familiares.
5. ¿ Cuándo?	Ante caso confirmado.
6. Reportar	Caso confirmado a Epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria según Decreto Ejecutivo No. 268, de 17 de Agosto de 2001.
8. Aislamiento	Precauciones de secreciones.
9. Desinfección	De los exudados conjuntivales y los artículos contaminados.
10. Quimioprofilaxis	Ninguna.
11. Investigación	De los contactos y de fuente común de la infección.
12.Tratamientos	Ninguno.
13. Vacunación	Ninguna.
14. Otras	Se insistirá en la higiene personal (lavado de manos). Es importante la cloración adecuada de las aguas de las piscinas. Ante epidemias debe considerarse el cierre de las escuelas.

Enfermedad	CÓLERA
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Inicio súbito de diarrea acuosa y profusa sin dolor, con heces semejantes al agua de arroz, con algún grado de deshidratación.
2. Probable:	No aplica
3. Confirmado	Todo caso sospechoso que es confirmado por laboratorio, ya sea por aislamiento del <i>Vibrio cholerae</i> serogrupo O1 ó O139 en cultivo de heces o vómitos o evidencia serológica o molecular de infección reciente. Ante brote o epidemia por nexo epidemiológico con caso confirmado.
Investigar	
4. ¿Qué?	Contactos, procedencia de áreas infectadas e ingesta de alimentos de estas áreas.
5. ¿Cuándo?	A partir de caso sospechoso.
6. Reportar	Todo rumor o sospecha de caso sospechoso, probable o confirmado por la vía más expedita a Epidemiología.
CONTROL	
7. Notificación	Obligatoria e Inmediata
8. Aislamiento	Precauciones entérica. Especial control de las moscas.
9.Desinfección	Heces, vómitos, artículos y ropa de cama usada por paciente. A través de calor, ácido carbólico u otro desinfectante. Limpieza terminal.
10.Quimioprofilaxis	Si hay signos o gran posibilidad de transmisión secundaria dentro del núcleo familiar. Administración de tetraciclina 500 mg qid en adultos o dosis única de 300 mg de doxiciclina al día, por tres días. En niños 50mg de tetraciclina por kilo de peso al día en cuatro fracciones o una sola dosis de 6 mg doxiciclina por kg de peso, por tres días. Con estos ciclos cortos no surge problema de manchas en los dientes. Otras opciones son: furazolidina, eritromicina o trimetropin con sulfa o ciprofloxacino. No esta indicada en forma masiva en las comunidades.
11.Investigación	<ul style="list-style-type: none"> -Investigar la probable fuente de infección por agua o alimentos contaminados. -Búsqueda activa de casos y contactos. -Vigilancia estrecha a personas que compartieron alimentos y bebidas con el caso por 5 días. -Cultivo de heces a miembros de la familia. -Viajes recientes
12.Tratamientos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rehidratación intensa, en casos graves hospitalizar. 2. Administración de antibióticos: tetaciclinas, trimetropin-sulfa, furazolidona, eritromicina, ciprofloxacino. Es importante de ser posible conocer la sensibilidad de la cepa circualnte.. 3. Tratamiento de las complicaciones.
13.Vacunación	Tiene poca utilidad práctica.
14. Otros:	<ul style="list-style-type: none"> -Tomar la muestra de heces o vómitos de todo caso sospechoso antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano, luego de confirmado un brote o epidemia sólo se hará ante falta de nexo. -Vigilar el estado de portador en los casos. -En caso de brotes y epidemias es importante: <ol style="list-style-type: none"> 1.Educar a la población en riesgo sobre la necesidad de buscar inmediatamente tratamiento apropiado. 2.Garantizar la pureza del agua de consumo humano. 3.Hábitos higiénicos básicos (lavado de manos, preparación de los alimentos, etc.). 4.Disposición adecuada de las aguas residuales y excretas.

Enfermedad		CHANCRO BLANDO O CHANCROIDE	
Caso	1. Sospechoso	Persona con enfermedad con úlceras genitales o anales, necrosantes, dolorosas, de mal olor, adenopatías inguinales blandas, fluctuantes supurantes, frecuentemente unilaterales.	
	2. Probable	Todo caso sospechoso que presenta pruebas negativas por T. pallidum o herpes simple.	
	3. Confirmado	Todo caso probable con prueba de lab. confirmatoria de infección por H. ducreyi	
	4. ¿Qué?	De contactos sexuales hasta 10 días antes de inicio de síntomas. Otras ITS:	
	5. ¿Cuándo?	A partir del caso sospechoso.	
	6. Reportar	Caso confirmado	
	CONTROL	7. Notificación	Rutinaria y obligatoria
		8. Aislamiento	Precauciones universales. Evitar el contacto sexual hasta la curación de las lesiones.
		9. Desinfección	Ninguna
		10. Quimioprofilaxis	De contactos sexuales hasta 10 días antes de inicio de síntomas incluso los asintomáticos.
		11. Investigación	Contactos sexuales y otras posibles ITS.
		12. Tratamientos	-A la persona infectada y a sus contactos. Droga de elección la Eritromicina 500 mg, VO, c/6hr x 7 días, otra drogas alternas son: amoxicilina con ac. clavulánico, trimetropin-sulfa, ceftriaxone, ciprofloxacina y azitromicina. -Drenaje de los ganglios -Control 10 días luego de terminar el tx.
		13. Vacunación	Ninguna
		14. Otras	- Brindar asesoría, seguimiento y atención integral. -El tratamiento al contacto se le administra inmediatamente a su captación, esquema igual que al caso.

Enfermedad	DENGUE CLASICO
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	<p>Persona con fiebre de elevación brusca o historia de fiebre reciente de 7 o menos días, y dos o mas de los siguientes signos o síntomas mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cefalea. ❖ Dolor retro orbitario ❖ Dolor muscular o articular. ❖ Exantema.
2. Probable:	No aplica
3. Confirmado	<p>Todo paciente con prueba de laboratorio positiva (aislamiento viral o confirmación serológica o molecular) o procedente de área donde existe un brote epidémico de Dengue o se haya demostrado la circulación del virus en el último mes (Nexo Epidemiológico).</p>
Investigar	
4. ¿Qué?	<p>Todo caso o brote sospechoso, antecedente de procedencia de áreas endémicas, presencia de mosquitos Aedes aegypti.</p>
5. ¿Cuándo?	A partir de caso sospechoso
6. Reportar	<p>Caso sospechoso por la vía más expedita a Epidemiología.</p>
CONTROL	
7. Notificación	<p>Rutinaria y Obligatoria e inmediata en los niveles operativos para la adecuada aplicación de las medidas de prevención y control en el perifoco.</p>
8. Aislamiento	<p>Evitar el acceso de los mosquitos de actividad diurna a los pacientes hasta que ceda la fiebre a través de un mosquitero alrededor de la cama del paciente.</p>
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	Ninguna
11. Investigación	<p>Contactos y fuentes de infección. Infestación de Mosquito</p>
12. Tratamientos	Medidas de sostén.
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	<p>Rociar todas las casas de la comunidad con insecticida eficaz y eliminación exhaustiva de criaderos de mosquitos Aedes con participación comunitaria</p> <p>Alertar a la población del riesgo</p>

Enfermedad	Dengue Hemorrágico
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	<p>Deben encontrarse todos los siguientes signos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fiebre o antecedentes de 7 o menos días antes de fiebre aguda. 2. Manifestaciones Hemorrágicas que incluyan por lo menos uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> -Prueba del Torniquete positiva. -Petequias, equimosis o púrpuras. -Hemorragia de las mucosas, del tracto gastrointestinal, de los lugares de punciones, u otras.
2. Probable	<p>Todo caso sospechoso más:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trombocitopenia (100,000 mm³ o menos) 2. Hematocrito inicial situado 20 % por encima del correspondiente a esa edad, sexo y población. 3. Descenso del hematocrito >o = al 20 % después del tratamiento. 4. Signos habitualmente asociados a la extravasación de plasma (derrame pleural, ascitis e Hipoproteinemia).
3. Confirmado	<p>Todo caso probable con prueba de laboratorio positiva (aislamiento viral o confirmación serológica o molecular) o procedente de área donde existe un brote epidémico de Dengue o se haya demostrado la circulación del virus en el último mes (Nexo Epidemiológico).</p>
Investigar	
4. ¿Qué?	<p>Todo caso o brote sospechoso, antecedente de procedencia de áreas endémicas, presencia de mosquitos Aedes aegypti.</p>
5. ¿Cuándo?	<p>A partir de caso sospechoso</p>
6. Reportar	<p>Caso sospechoso por la vía más expedita a Epidemiología.</p>
Control	
7. Notificación	<p>Obligatoria e inmediata,</p>
8. Aislamiento	<p>Evitar el acceso de los mosquitos de actividad diurna a los pacientes hasta que ceda la fiebre a través de un mosquitero alrededor de la cama del paciente.</p>
9. Desinfección	<p>Ninguna</p>
10. Quimioprofilaxis	<p>Ninguna</p>
11. Investigación	<p>Contactos y fuentes de infección. Infestación de mosquitos.</p>
12. Tratamientos	<p>Medidas de sostén según normas de atención.</p>
13. Vacunación	<p>Ninguna</p>
14. Otras	<p>Rociar todas las casas de la comunidad con insecticida eficaz y eliminación exhaustiva de criaderos de mosquitos Aedes, con participación comunitaria. Alerta a la población del riesgo.</p>

Epidemiología	DIFTERIA
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Faringoamigdalitis purulenta con exudados en placa.
2. Probable:	Enfermedad de tracto respiratorio alto caracterizado por laringitis o faringitis o amigdalitis con membrana adherida a las amígdalas, faringe o fosas nasales.
3. Confirmado	Identificación del <i>Corynebacterium diphtheriae</i> de espécimen clínico por aislamiento o serología o biología molecular o nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.
Manejo	
4. ¿Qué?	-Antecedentes vacunales del caso y peridomicilio. -Los contactos íntimos para obtener material de cultivo.
5. ¿Cuándo?	Todo rumor o caso sospechoso
6. Reportar	Caso probable por la vía más expedita a Epidemiología.
Control:	
7. Notificación	Obligatoria e inmediata
8. Aislamiento	Estricto en la difteria faríngea.
9. Desinfección	De todos los objetos que hayan estado en contacto con el enfermo y de artículos contaminados con sus secreciones nasofaríngeas.
10. Quimioprofilaxis	Penicilina benzatínica una dosis o eritromicina por 7-10 días vía oral en personas susceptibles expuesta del núcleo familiar. Los contactos previamente vacunados deben recibir una dosis de refuerzo de toxoide diftérico si han pasado más de cinco años de la última dosis; en los no inmunizados aplicar esquema según edad.
11. Investigación	De los contactos cercanos y de los grupos de población expuestos a riesgo especial.
12. Tratamientos	Una sola dosis de Antitoxina diftérica 20,000-100,000 U IM más penicilina G procainica 25,000 a 50,000 unidades x Kg de peso al día en niños y 1,2 millones IM fraccionadas en dos dosis en adultos o eritromicina o penicilina V, por 14 días. La vía dependerá de la gravedad del caso y tolerancia de la vía oral. Pueden usarse otros macrólidos como azitromicina y claritromicina, pero no tienen ventaja sobre la eritromicina a excepción que se demuestre resistencia. Profiláctico a portadores: Una sola dosis intramuscular de penicilina G benzatínica (600,000 U a niños menores de 6 años y 1.2 millones de esa edad en adelante) o un ciclo de 7 a 10 días a base de 40mg de eritromicina por kg de peso al día para niños, y 1g al día para adultos, por vía oral.
13. Vacunación	Con toxoide diftérico según el esquema de vacunación del PAI. En una epidemia priorizar a los grupos más dando prioridad a lactantes y preescolares, y grupos más vulnerables. Se puede repetir la inmunización un mes después para aplicar por lo menos dos dosis a los receptores.
14. Otras	Los contactos que manipulan alimentos o que atienden a escolares o lactantes, deben ser excluidas de su trabajo o de la escuela hasta que los exámenes bacteriológicos corroboren que no son portadores.

Enfermedad	ENCEFALITIS VIRAL / INFECCION DEL VIRUS NILO OCCIDENTAL (IVNO)
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Todo paciente con cuadro febril mas cefalea o irritabilidad en los menores de edad, asociado a trastornos fluctuantes del estado de conciencia o del comportamiento del individuo.
2. Probable:	Todo paciente sospechoso en quien no se logra confirmación por laboratorio.
3. Confirmado	Todo caso probable con detección del agente virus causal mediante pruebas de laboratorio, tales como: aislamiento de virus, pruebas de biología molecular (RT-RCP), presencia de IgM específica en suero o L.C.R. en la fase aguda de la enfermedad o aumento de anticuerpos en sueros pareados.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Contactos, casos no notificados ó no diagnosticados de acuerdo al área donde reside, densidad de criaderos y vectores (Culex, Aedes, mansonía, Psorophora, Haemagogas, Sabethes y anopheles) y persistencia de reservorios naturales (roedores, equinos, aves migratorias y otras especies selváticas). Traslado de reservorios naturales (equinos) de áreas epizoóticas.
5. ¿Cuándo?	A partir del caso sospechoso
6. Reportar	Caso sospechoso por la vía más expedita a Epidemiología
CONTROL:	
7. Notificación	Obligatoria e inmediata.
8. Aislamiento	Precauciones Universales. Mantener en cuarto protegido con tela metálica o en instalación tratada con insecticida de acción residual, por cinco días posterior al inicio de la enfermedad o que desaparezca la fiebre. Uso de mosquiteros
9 .Desinfección concurrente	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	Ninguno específico
11. Investigación	Contactos y fuente de infección. Búsqueda activa de casas y afección de animales
12. Tratamientos	Ninguno específico
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	Control de los mosquitos y sus criaderos En animales su inmunización es útil, así como de las viviendas en especial los domésticos.

Enfermedad	ENFERMEDAD DE CHAGAS
<p>Definición de Caso</p> <p>1. Sospechoso: De infección aguda</p> <p>De Chagas Congénito</p> <p>2. Probable:</p> <p>3. Confirmado</p> <p>Investigar</p> <p>4. ¿Qué?</p> <p>5. ¿ Cuándo?</p> <p>6. Reportar</p> <p>CONTROL:</p> <p>7. Notificación</p> <p>8. Aislamiento</p> <p>9. Desinfección</p> <p>10. Quimioprofilaxis</p> <p>11. Investigación</p> <p>12. Tratamientos</p> <p>13. Vacunación</p> <p>14. Otros</p>	<p>Todo paciente con una o más de los siguientes criterios: fiebre (> 7 días) Chagoma, signo de Romaña, encefalitis, alteraciones cardíacas no explicables, presencia de Triatoma o procedente de una zona endémica en los últimos 6 meses, o con antecedente de contacto con sangre (transfusiones, drogadicción IV, accidente de trabajo) u otro material biológico.</p> <p>Niño de hasta 1 año de edad, hijo de madre con serología positiva por Chagas.</p> <p>Todo lo anterior más, una prueba directa o serológica positiva.</p> <p>Todo caso sospechoso o probable con: Parasitemia (positiva) por frotis gota gruesa o frotis gota delgada, o dos pruebas serológicas de principios diferentes positivas (IFI, ELISA, HAI, Western blot)</p> <p>A partir todo caso sospechoso.</p> <p>Rumor o sospecha del caso, especialmente en zona de transmisión. Contactos y presencia del vector.</p> <p>Casos confirmados a Epidemiología según norma</p> <p>Rutinaria y obligatoria.</p> <p>Ninguno</p> <p>Ninguna.</p> <p>Ante alto riesgo por accidente de trabajo se puede administrar quimioprofilaxis: dosis de 7-10mg/kg/día por 10 días a personas con historia de accidentes de trabajo (alto riesgo).</p> <p>Contactos, el domicilio y peridomicilio, captura del vector para su clasificación</p> <p>BENZNIDAZOL O NIFURTIMOX (Ver Guía Operativa).</p> <p>Ninguna</p> <p>-Formulario de Investigación para Chagas. Ante resultado serológico positivo. Referir a especialista. Cerrar el caso, al recibir contrarreferencia de especialista (depende la codificación que se le de a la patología)</p> <p>- Mallas en puertas y ventanas, mejorar condiciones de la vivienda (huecos en paredes), fumigación intradomiciliar</p>

Enfermedad		ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)		
Caso	1. Sospechoso	Mujer con dolor abdominal bajo.		
	2. Probable	Todo caso sospechoso que presenta además: <ul style="list-style-type: none"> ➤ flujo vaginal anormal, ➤ fiebre ➤ trastornos menstruales, ➤ dispareunia 		
	3. Confirmado	Todo caso probable que presenta uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ dolor a la palpación en las fosas iliacas e hipogastrio, ➤ dolor a la palpación de los anexos, ➤ dolor a la movilización del cerviz, ➤ temperatura oral de 38° o más, ➤ flujo vaginal o secreción cervical anormal. 		
	Investigar	4. ¿Qué?	Fecha de la última menstruación, sangrado vaginal anormal, parto o abortos recientes. Presencia de factores de riesgo asociados a EPI.	
		5. ¿Cuándo?	A partir del caso probable.	
		6. Reportar	Caso confirmado	
		CONTROL	7. Notificación	Rutinaria y obligatoria
			8. Aislamiento	Ninguna
	9. Desinfección		Precauciones universales	
	10. Quimioprofilaxis		No aplica.	
	11. Investigación		Contactos sexuales y otras posibles ITS.	
	12. Tratamientos		-Según la gravedad del caso puede requerirse tx. hospitalario. -Antibioticoterapia según normas de atención. Considerar eritromicina, amoxicilina con ac. clavulánico, tetraciclinas ciprofloxacina, ceftriaxone, doxiciclina y metronidazole, entre otros. -Seguimiento en 2-3 días	
	13. Vacunación	No aplica.		
	14. Otras	- Brindar asesoría, seguimiento y atención integral		

Enfermedad	ESCARLATINA
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Fiebre de inicio repentino, dolor de garganta y adenomegalia cervical anterior dolorosa.
2. Probable:	Caso sospechoso con aparición de erupción cutánea fina, punteada, con aspecto de papel de lija que en general no afecta la cara.
3. Confirmado	Aislamiento de estreptococos del grupo A o su identificación mediante otras pruebas de laboratorio.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Contacto con otros casos
5. ¿Cuándo?	Ante caso confirmado.
6. Reportar	Caso confirmado a Epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria.
8. Aislamiento	Respiratorio, mínimo hasta completar 24 horas de haber iniciado tratamiento con antibióticos.
9. Desinfección	Secreciones purulentas y de todos los artículos contaminados
10. Quimioprofilaxis	Penicilina G benzatínica de larga acción mensual por 5 años, o sulfisoxazol oral.
11. Investigación	Revisión de familiares convivientes.
12. Tratamientos	Penicilina G benzatínica o penicilina G o V oral por 10 días. En los pacientes sensibles a la penicilina se puede utilizar Eritromicina. Otras opciones son: Clindamicina o una cefalosporina
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	Debe procurarse que el paciente cumpla con el tratamiento y con la profilaxis para evitar la aparición de fiebre reumática o glomerulonefritis.

Enfermedad	EQUINOCOCOCIS
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Signos y síntomas compatibles con lesiones expansivas en un individuo o de antecedente de viaje a zonas endémicas.
2. Probable:	Caso sospechoso con evidencia de imagen compatible con quistes hidatídicos obtenidas por radiografía, ecografía, tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética nuclear.
3. Confirmado	Demostración de quistes por anatomía patológica o por visualización directa por microscopía de protoescolices del cestodo.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Familiares convivientes, personas que comparten labores, cerdos y animales domésticos.
5. ¿Cuándo?	Ante caso confirmado.
6. Reportar	Caso confirmado a Epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria.
8. Aislamiento	Ninguno
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	Ninguna
11. Investigación	Familiares convivientes, personas que comparten labores, cerdos y animales domésticos
12. Tratamientos	Extirpación quirúrgica de los quistes aislados. Administración de mebendazol y albendazol. Si se rompe un quiste primario, administrar praziquantel.
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	

Enfermedad	FRAMBESIA
Descripción Clínica.	Trepanomatosis crónica, recurrente, de origen no venéreo caracterizada por lesiones cutáneas muy contagiosas y lesiones destructivas no contagiosas en cara o extremidades.
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Toda persona que cumpla con la descripción clínica
2. Probable:	Caso sospechoso con serología positiva.
3. Confirmado	Se confirma por la identificación del T. pallidum, sub especie pertenue por el examen de campo oscuro o el estudio microscópico directo por medio de anticuerpos fluorescentes de los exudados de las lesiones.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Antecedente de áreas endémica.
5. ¿Cuándo?	Ante caso confirmado.
6. Reportar	Caso confirmado a Epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria.
8. Aislamiento	Ninguno. Evitar contacto con las secreciones.
9. Desinfección	Eliminación cuidadosa de las secreciones de las lesiones y de los objetos contaminados.
10. Quimioprofilaxis	Se debe tratar a todos los contactos del núcleo familiar, las personas sin enfermedad activa serán consideradas como casos latentes.
11. Investigación	De los contactos y de las fuentes de infección.
12. Tratamientos	Penicilina G Benzatínica.
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	<ul style="list-style-type: none"> - Empezar medidas sanitarias y de promoción de salud, recalcar la importancia del saneamiento, uso de agua y jabón. - Se recomienda encuestas serológicas para detectar casos latentes para captar casos latentes y evitar que la enfermedad se mantenga en la comunidad.

Enfermedad	FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA Y FIEBRE AMARILLA URBANA
Definición de Caso:	Todo caso de síndrome febril hemorrágico agudo o síndrome febril icterico agudo.
1. Sospechoso:	Caso Sospechoso con títulos de anticuerpos: IgM específica en los sueros iniciales o aumento del título de anticuerpos específicos en pares de sueros obtenidos en fase aguda y en la convalecencia.
2. Probable:	Aislamiento del virus o IgM específica o cuádruple de IgG sérica (fase aguda y convalecencia), o histopatología hepática post mortem o antígeno en tejidos por inmunohistoquímica o reacción en cadena de polimerasa en sangre u órganos.
3. Confirmado	Todo caso o brote sospechoso. Antecedente vacunal en el caso y de los contactos familiares y periférico, procedencia de áreas endémicas, presencia de mosquitos Aedes aegypti o penetración a la selva.
Investigar	A partir de caso sospechoso o rumor.
4. ¿Qué?	A partir del caso sospechoso por la vía más expedita a Epidemiología.
5. ¿Cuándo?	Obligatoria e inmediata
6. Reportar	Evitar el acceso de los mosquitos al paciente durante cinco días, después del inicio de la enfermedad.
CONTROL	Ninguna
7. Notificación	No
8. Aislamiento	Contactos y fuentes de infección. Áreas visitadas seis días antes, especialmente selváticas. Defunciones por causa no identificada. Vigilancia de epizootias en primates no humanos (investigar las muertes o comportamiento de monos en la selva).
9. Desinfección	Medidas generales de sostén según normas.
10. Quimioprofilaxis	Inmunización de los contactos del núcleo familiar, otros contactos y vecinos del paciente que no hayan sido inmunizados según normas, en caso de epidemia o brote se puede iniciar a los 6 meses, incluyendo a embarazadas según riesgo.
11. Investigación	Es necesario control integral del vector urbano (A. aegypti)
12. Tratamientos	
13. Vacunación	
14. Otras	

<p>Enfermedad</p> <p>Definición de Caso:</p> <p>1. Sospechoso:</p> <p>2. Probable</p> <p>3. Confirmado</p> <p>Investigar</p> <p>4. ¿Qué?</p> <p>5. ¿Cuándo?</p> <p>6. Reportar</p> <p>CONTROL</p> <p>7. Notificación</p> <p>8. Aislamiento</p> <p>9. Desinfección</p> <p>10. Quimioprofilaxis</p> <p>11. Investigación</p> <p>12. Tratamientos</p> <p>13. Vacunación</p> <p>14. Otras</p>	<p>FIEBRE RECURRENTE TRANSMITIDA POR PIOJOS</p> <p>Persona con periodo febriles de 2-9 días con lapsos afebriles de 2-4 días, los periodos febriles terminan en crisis.</p> <p>Presencia de parálisis espástica, a veces flácida o signos meningeos.</p> <p>Identificación del agente infeccioso por pruebas directas, serológicas o especiales.</p> <p>Todo caso o brote sospechoso</p> <p>A partir de caso sospechoso.</p> <p>Caso sospechoso por la vía más expedita a Epidemiología.</p> <p>Obligatoria e inmediata.</p> <p>Precauciones Universales. Despojar y eliminar garrapatas del paciente, su ropa, a los contactos familiares y ambiente inmediato</p> <p>Ninguno, si se ha hecho una desinfección adecuada.</p> <p>Si el riesgo es muy alto, se puede utilizar tetraciclinas.</p> <p>Contactos y fuentes de infección.</p> <p>Medidas de sostén y específico: tetraciclinas</p> <p>Ninguna</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control de los piojos similar al tifus epidémico - Control de garrapatas - Las personas en riesgo deben protegerse con repelentes, tanto con ropa personal y de cama.
--	---

Enfermedad	FIEBRE REUMATICA
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Cuadro febril agudo con artritis concomitante
2. Probable:	Enfermedad inflamatoria sistémica del tejido conectivo, aguda o subaguda en un individuo con antecedente de infección faríngea por estreptococos del grupo A.
3. Confirmado	Aumento de antiestreptolisinas, cultivo faríngeo positivo para estreptococos del grupo A.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Antecedentes de infecciones faríngeas
5. ¿Cuándo?	Todo rumor o sospecha
6. Reportar	Confirmados por la vía más rápida a Epidemiología
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria.
8. Aislamiento	Ninguno
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	Penicilinas, sulfadiazina o estreptomina de por vida
11. Investigación	Contactos inmediatos y fuente de infección
12. Tratamientos	Según normas de atención
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	Orientación al paciente y familiares.

Enfermedad	FIEBRES VIRICAS TRANSMITIDAS POR ARTROPODOS (FVTA)
Descripción Clínica:	<p>Existen más de 100 virus clasificados como arbovirus, que producen enfermedades en los humanos. La mayoría se incluyen en los grupos conocidos como: Togaviridae (<i>Alphavirus</i>), Flaviviridae (<i>Flavivirus</i>) y Bunyaviridae (<i>Bunyavirus</i> y <i>Phlebovirus</i>). Todos transmitidos por algún tipo de artrópodo. Estas enfermedades se clasifican en cuatro grupos, dentro de estos existen patologías que se detallan por separado por sus características propias.</p> <p>I. Fiebres Viricas (FV) Transmitidas Por Mosquitos y Culicoides (FVT-MC): la fiebre amarilla y el dengue se detallan por separado y pertenecen a las fiebres hemorrágicas viricas transmitidas por mosquitos. La encefalitis equina venezolana (EEV) y Fiebre del Nilo Occidental (IVNO), se describen en el grupo de las Encefalitis Virales/IVNO. También se incluyen en este grupo: FV Bunyamwra, FV Bwamba, F. del Valle del Rift, Enf. por virus Oropuche, Enf. por virus del Grupo C.</p> <p>II. Fiebres Viricas (FV) Transmitidas por Garrapatas (FVT-G): incluyen las F de Colorado transmitida por garrapata y otras fiebres transmitidas por garrapatas. Presenta un cuadro clínico algo diferente</p> <p>III. Fiebres Viricas (FV) Transmitidas por Flebótomos (FVT-F): incluyen la F. flebótoma, Enf. Virica de Changuinola y la Estomatitis Vesicular por Virus.</p>
Definición de Caso:	<p>1. Sospechoso: Persona con cuadro febril que suele durar una sem. ó menos, similares al dengue con o sin cefalalgias, malestar, artralgias o mialgias, a veces náusea, vómitos y erupciones. Generalmente benigno, pueden complicarse con meningoencefalitis.</p> <p>2. Probable: No aplica</p> <p>3. Confirmado: Caso sospechoso con prueba de laboratorio que identifica agente etiológico específico, muy poco frecuente, generalmente por aislamiento viral.</p>
Investigar	<p>4. ¿Qué? Antecedentes de viajes en últimos 15 días y contactos sintomáticos.</p> <p>5. ¿Cuándo? Casos confirmados por laboratorio.</p> <p>6. Reportar Casos confirmados.</p>
CONTROL	<p>7. Notificación Rutinaria y obligatoria.</p> <p>8. Aislamiento Precauciones universales. Protección de caso con mosquitero y control de artrópodos en el área.</p> <p>9. Desinfección Ninguna. Eliminación de garrapatas en paciente, ropa y equipaje de ser necesario.</p> <p>10. Quimioprofilaxis Ninguna.</p> <p>11. Investigación Fuente de infección, contactos, búsqueda activa de casos, infestación de artrópodos en el perifoco, búsqueda de animales afectados en perifoco..</p> <p>12. Tratamientos Sintomático, según gravedad será hospitalario.</p> <p>13. Vacunación Ninguna.</p> <p>14. Otras -La vigilancia virológica es esencial para la detección oportuna de virus circulantes. -Control vectorial y de criaderos con participación comunitaria. -Las personas muy expuestas al riesgo deben protegerse con vestimenta y repelentes. -Alertar a la población del riesgo.</p>

Enfermedad		GRANULOMA INGUINAL
Caso	1. 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.
	2. Probable	Todo caso sospechoso que presenta pruebas negativas por H. ducreyi u otros agentes.
	3. Confirmado	Todo caso probable con prueba confirmatoria de infección por C. granulomatis (frotis o biopsia de lesiones)
	4. ¿Qué?	De contactos sexuales.
	5. ¿Cuándo?	A partir del caso sospechoso.
	6. Reportar	Rutinaria y obligatoria
	7. Notificación	Caso confirmado
	8. Aislamiento	Ninguno. Evitar contacto sexual hasta cicatrización de lesiones.
	9. Desinfección	Precauciones universales.
	10. Quimioprofilaxis	No aplica. Sólo ante sospecha clínica
	11. Investigación	Contactos sexuales
	12. Tratamientos	Específico con algunos de estos: eritromicina, trimetropin con sulfametoxazol y la doxiciclina, por 3 sem. o hasta resolución de lesiones, a veces es necesario repetir por recurrencia, se han reportado resistencia.
	13. Vacunación	No aplica
	14. Otras	Brindar asesoría, seguimiento y atención integral.
Investigar		
CONTROL		

Enfermedad	HEPATITIS
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Persona con molestias abdominales, fiebre leve, anorexia, náuseas.
2. Probable:	
3. Confirmado	Caso sospechoso que presenta ictericia y/o coluria.
Investigar	Caso probable con prueba de laboratorio positiva para algunos de los agentes etiológicos conocidos o nexos con caso confirmado en especial la H-A y H-E.
4. ¿Qué?	Caso probable o caso confirmado
5. ¿Cuándo?	A partir del caso confirmado.
6. Reportar	Caso confirmado
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria, semanal.
8. Aislamiento	Precauciones universales para evitar la exposición a sangre y líquidos corporales o precauciones entéricas según el tipo de hepatitis.
9. Desinfección	Del equipo contaminado con sangre o fluidos corporales o heces infectantes.
10. Quimioprofilaxis	Debe realizarse con base a la sospecha etiológica.
11. Investigación	Antecedentes vacunales del caso y de los contactos. Búsqueda activa de casos sospechosos entre los contactos según tipo de hepatitis: Adictos a drogas I.V, homosexual, bisexual, heterosexual promiscuos, personas con ITS, hemodiálisis, detenidos o Manipuladores de alimentos, fuentes de agua, hortalizas y frutas
12. Tratamientos	Según normas de atención.
13. Vacunación	Vacunación a contactos susceptibles (que no tienen esquema completo), niños y adultos según el tipo de hepatitis y esquema del PAI.
14. Otras	Esta es una orientación general sobre el abordaje general ante la sospecha de una hepatitis, debe revisarse según la sospecha etiológica para ampliar al respecto.

Enfermedad	HEPATITIS B
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Molestias abdominales, fiebre leve, anorexia, nauseas.
2. Probable:	Caso sospechoso y / o Ictericia.
3. Confirmado	Caso probable cuya prueba de laboratorio es positiva para anti-HBc IgM con la presencia o no de HBsAg
Investigar	
4. ¿Qué?	Caso probable o caso confirmado
5. ¿Cuándo?	A partir del caso confirmado.
6. Reportar	Caso confirmado
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria a epidemiología.
8. Aislamiento	Precauciones universales para evitar la exposición a sangre y líquidos corporales
9. Desinfección	Del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes.
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	Antecedentes vacunales del caso y de los contactos. Búsqueda activa de casos sospechosos entre los contactos (Adictos a drogas I.V, homosexual, bisexual, heterosexual promiscuos, personas con ITS, hemodiálisis, detenidos).
12. Tratamientos	Sintomático
13. Vacunación	Vacunación a contactos susceptibles (que no tienen esquema completo), niños y adultos.
14. Otras	

Enfermedad	HERPES GENITAL
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Sensación de escozor en pene, vulva, perine o alrededor del ano y lesiones vesiculares. Erosiones superficiales policiclicas dolorosas, fiebre y malestar general. La primo infección puede ser asintomático. Cuadro de tipo repetitivo generalmente.
2. Probable:	No aplica
3. Confirmado	Anticuerpos fluorescentes directos, aislamiento del virus, reacción en cadena de la polimerasa para identificar el ADN del virus.
Investigar	
4. ¿Qué?	Lesión primaria localizada, un período de latencia con tendencias a reaparición de forma localizada en mucosa de la boca, labios.
5. ¿Cuándo?	Todo caso sospechoso, probable y confirmado
6. Reportar	Casos confirmados a Epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria
8. Aislamiento	Aislamiento de contactos en el caso de lesiones neonatales graves, personas con lesiones mantenerse alejados de los recién nacidos, niños con quemaduras o eccemas y de pacientes inmunosuprimidos. Precauciones Universales.
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	Aciclovir (ZOVIRAX) o su equivalente Valaciclovir y el Fomciclovir.
11. Investigación	Portadores y contactos, especial a aquellas hasta 15 días antes de inicio de síntomas.
12. Tratamientos	Aciclovir (Zovirax) por vía oral, intravenosa o tópica, aminora la diseminación y disminuye el dolor y acelera la cicatrización. Con seguimiento en 7 días luego de terminado el tratamiento. Control estricto de citología cervical en mujeres.
13. Vacunación	Ninguna.
14. Otras	<ul style="list-style-type: none"> - El VHS tipo 1 causa común de meningoencefalitis, puede haber fiebre, cefalalgia, leucocitos, irritación meníngea, somnolencia, confusión; estupor, coma, lo cual tiende a confundirse con otras lesiones intracraneales e incluso con absceso encefálico, meningitis tuberculosa. - Pueden aparecer lesiones en boca y garganta - Toda mujer embarazada sintomática o que haya tenido relaciones sexuales con un caso sintomática la semana antes del parto se le debe realizar la cesaria. - Orientar a la mujer sobre riesgo de CACU asociado y posibles riesgos del RN en caso de embarazo.

Enfermedad	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA
Descripción Clínica	Las enfermedades de origen alimentaria (ETAs), incluidas las intoxicaciones e infecciones alimentarias, son términos que se aplican a todas las enfermedades que se adquieren por consumo de alimentos incluyendo el agua contaminadas.
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Náuseas, vómitos, diarreas y dolores abdominales von o sin fiebre posterior a consumo de alimentos y/o agua contaminados.
2. Probable:	No aplica.
3. Confirmado	Por pruebas de laboratorio dependiendo del agente etiológico o nexa epidemiológico.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Antecedentes de consumo de alimentos y/o agua contaminada.
5. ¿Cuándo?	Ante un caso sospechoso, rumor o notificación de fuentes .
6. Reportar	Casos sospechosos o confirmados.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria.
8. Aislamiento	Precauciones entéricas.
9 .Desinfección	Eliminación sanitaria de heces.
10. Quimioprofilaxis	Ninguna
11. Investigación	De los contactos y de las fuentes de alimentos y aguas.
12. Tratamientos	Depende del agente etiológico.
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	Práctica de las "10 reglas de oro" para la preparación higiénica de los alimentos,OMS. La prevención y control de las ETAs se basa en evitar la contaminación de los alimentos, destruir o desnaturalizar los contaminantes y prevenir la mayor diseminación y multiplicación de los elemntos contaminantes.

Enfermedad	INFECCIÓN MENINGOCÓCCICA
Definición de Caso:	Fiebre súbita (> 38.5 C.), rigidez de la nuca o cuello u otro síndrome meníngeo, erupción cutánea petequial o purpúrica. En el lactante menor abombamiento de fontanelas.
1. Sospechoso:	Prueba de antígeno positiva en LCR o púrpura clínica fulminante ante la ausencia de una confirmación de laboratorio.
2. Probable:	Un caso sospechoso o probable con identificación de de Neisseria meningitidis por aislamiento, serología o biología molecular.
3. Confirmado:	Todo caso o rumor, especialmente en guarderías, cárceles, internados, campamentos, asilos, cuarteles, buques, barracas.
<i>Investigar:</i>	A partir de caso sospechoso o rumor.
4. ¿Qué?	Caso sospechoso por la vía más expedita a Epidemiología.
5. ¿Cuándo?	Obligatoria e inmediata.
6. Reportar:	De tipo respiratorio durante 24 horas, después de haber iniciado la quimioterapia.
CONTROL	Es concurrente de las secreciones nasofaríngeas y los objetos contaminados.
7. Notificación	Rifampicina 600mg dos veces/día durante dos días en adultos. Niños mayores de 1 mes de edad recibirán 10mg/kg de peso, menores de 1mes, 5mg/Kg de peso. También ceftriaxona, dosis única de 250 mg en adultos IM o 500 mg. Vía oral; en <15 años 125 mgs, vía IM.
8. Aislamiento	De los contactos y la fuentes de infección.
9. Desinfección	Medicamento de elección es la Penicilina por vía parenteral, igualmente para la Ampicilina y Cloranfenicol. Iniciar inmediatamente ante la sospecha clínica luego de toma de muestras clínicas.
10. Quimioprofilaxis	Ante brotes considerar vacunación en todos los grupos de edad afectados según cepa circulante (las vacunas de grupos A, C, W-135 ó Y).
11. Investigación	El personal de salud solo requiere quimioprofilaxis por contacto directo, ejemplo: reanimación boca a boca al paciente.
12. Tratamientos	
13. Vacunación	
14. Otras	

Enfermedad	INFECCIÓN POR PAPILOMA VIRUS(IVPH)
Descripción clínica:	El espectro clínico de las IVPH es amplio y sus rangos van desde completa ausencia de anomalías epiteliales (infección subclínica) pasando por una variedad de microlesiones visibles solo por colposcopia o penoscopia después de aplicar sustancias reveladoras hasta las verrugas observadas a simple vista.
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Procesos inflamatorios recidivantes en órganos genitales femeninos y masculinos, y ano, con o sin presencia de condilomas.
2. Probable:	
3. Confirmado	No aplica.
Investigar:	Identificación del virus por citología, biopsia o colposcopia
4. ¿Qué?	Contactos sexuales
5. ¿Cuándo?	A partir de caso confirmado
6. Reportar	Caso confirmado a Epidemiología
CONTROL:	
7. Notificación	Regular y obligatoria
8. Aislamiento	Ninguno
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	Ninguno
11. Investigación	Contactos sexuales y factores de riesgo. Otras posibles ITS.
12. Tratamientos	Podofilina, ácido tricloroacético al 85%, crioterapia, electroterapia o eliminación por láser de verrugas. Podofilina está contraindicada en el embarazo
13. Vacunación	
14. Otras	Ninguna
	En las mujeres la IVPH es un riesgo ante el CACU, orientar para el adecuado seguimiento citológico según las normas.

Enfermedad	INFLUENZA o GRIPE
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	No aplica
2. Probable:	No aplica
3. Confirmado	<u>En mayores de 5 años:</u>
	Todo paciente con fiebre súbita mayor de 39°C, cefalea, mialgias y síntomas respiratorios.
	<u>En menores de 5 años:</u>
	Pacientes con fiebre súbita mayor de 39°C y síntomas respiratorios, puede estar asociado a crups, bronquitis, neumonía, bronquiolitis y /o manifestaciones gastrointestinales.
Investigar	
4. ¿Qué?	En centros centinelas: la evolución de los síntomas para toma de muestras para la vigilancia virológica
5. ¿Cuándo?	Casos confirmados por clínica o laboratorio.
6. Reportar	Casos confirmados por clínica o laboratorio.
CONTROL	
7. Notificación	Rutinaria, obligatoria y semanal todas las instalaciones.
8. Aislamiento	Es impracticable, cumplir precauciones universales. En epidemias se recomienda salas especiales para su manejo los 5-7 primeros días.
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	Para la influenza tipo A se ha demostrado la eficacia de la amantadina y la rimantadina.
11. Investigación	No
12. Tratamientos	Sintomático, en la influenza tipo A se ha demostrado la eficacia de la amantadina y la rimantadina administradas en las primeras 48 horas por 3-5 días.
13. Vacunación	Anual a grupos de riesgo según normas del PAI.
14. Otras	-El cierre de las escuelas en las épocas epidémicas no ha sido eficaz. -Las medidas higiénicas básicas mediante una intensa educación para la salud son eficaces, así como evitar las aglomeraciones en épocas epidémicas. -La vigilancia virológica es esencial para la detección oportuna de cepas circulantes.

Enfermedad	INTOXICACIONES AGUDAS POR PLAGUICIDAS(IAP'S)
Descripción Clínica	El cuadro clínico variará según el grupo químico involucrado y gravedad de la intoxicación. En Panamá los mas frecuentes son: organo fosforados, carbamatos, piretroides, bupiridilos y menos los organoclorados.
Definición de Caso	
1. Sospechoso	Toda persona con signos y síntomas de intoxicación y antecedentes de sospecha de exposición a plaguicidas; también aquel individuo que presente alteraciones laboratoriales y no tenga signos ni síntomas de intoxicación.
2. Probable	No aplica.
3. Confirmado	Según criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Clínico-epidemiológico: existencia de signos y síntomas mas historia de exposición. • Clínico-laboratorial: existencia de signos y síntomas mas resultado de laboratorio específicos alterados. En caso de los inhibidores de la colinesterasa: su inhibición en un 25% o más.
INVESTIGAR	
4. ¿Qué?	Contactos y fuente de infección. Búsqueda de casos sintomáticos en el perifoco laboral y grupo familiar.
5. ¿Cuándo?	Todo caso, alerta y brote, incluyendo los rumores.
6. Reportar	Todo brote de manera inmediata y obligatoria.
CONTROL	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria. Los brotes y alertas de manera inmediata por la vía más expedita a epidemiología
8. Aislamiento	No aplica
9. Desinfección	Lavado del caso contaminado según las normas.
10. Quimioprofilaxis	No aplica
11. Investigación	Condiciones de la exposición para su control inmediato, presencia de otros casos
12. Tratamientos	Según las normas de atención
13. Vacunación	No aplica
14. Otras	<p>Criterios de Alerta del SIVE de IAP's:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una defunción por IAP's 2. Un menor de edad afectado 3. Dos o más casos en un centro de trabajo o lugar el mismo día 4. Un caso diario durante dos días en el mismo lugar 5. Un intoxicado grave 6. Un intoxicado por un plaguicida no registrado o prohibido <p>Estrategias del SIVE de IAP's</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo rumor/brote y alerta debe investigarse rápidamente. 2. La investigación será presencial. 3. Confirmar rápidamente la existencia o no del brote, e indicar las medidas de control que deben aplicarse urgentemente. 4. Enviar el informe al nivel inmediatamente superior.

Enfermedad	INFECCION GONOCOCCICA (IG)
Descripción Clínica	<p>Inf. Gonococcica Aguda (IGA): persona sintomática o asintomática que después de 1-8 días de tener contacto sexual con una persona con infección gonocócica presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hombre: proceso inflamatorio uretral con ardor y dolor al orinar, luego descarga purulenta uretral ➤ Mujer: infección uretral, vaginal o cervical con secreción purulenta y abundante que drena del exocervix o la uretra, más disuria, poliaquiuria, bartolinitis o skenitis. ➤ En ambos puede haber afección del recto, orofaringe o conjuntivas. <p>Oftalmía Gonocócica (OG): RN con infección ocular (edema periorbital y exudado purulento) cuya madre presenta o no evidencia de infección gonocócica que inicia entre el 1-13 después del nacimiento.</p> <p>Caso complicado de IG: persona con antecedente de IG que presenta con o sin tx una de las siguientes complicaciones: EPI(En mujeres: salpingitis, parametritis y/o peritonitis: En hombres: orquitis, epididimitis, proctitis y/o vesiculitis).</p>
Caso	<p>1. Sospechoso Persona que presenta cuadro compatible con algunos de los descritos en la descripción clínica y todo contacto de este.</p>
	<p>2. Probable No aplica</p>
Investigar	<p>3. Confirmado Todo caso sospechoso en quien se confirma la IG por cualquier método de laboratorio. En el hombre se recomienda el frotis, en la mujer y el RN el cultivo.</p>
	<p>4. ¿Qué? Contactos Sexuales de los últimos 7-10 días</p>
	<p>5. ¿Cuándo? A partir del caso sospechoso.</p>
CONTROL	<p>6. Reportar Caso confirmado</p>
	<p>7. Notificación Rutinaria y obligatoria</p>
	<p>8. Aislamiento Ninguno. Evitar contacto sexual hasta que control médico (7 días postx.) indique la curación.</p>
	<p>9.Desinfección Precauciones universales.</p>

<p>10. Quimioprofilaxis</p>	<p>-A los contactos de los últimos 60 días, con igual esquema que al caso. -Ocular a todo RN: ➤ Limpieza de los párpados con algodón y solución salina del ángulo interno hacia el externo, en los primeros 5 min. del nacimiento ➤ Aplicación de dosis única de nitrato de plata 1% en el saco conjuntival de cada ojo. ➤ Puede utilizarse pomadas oftálmicas de: eritromicina(0.5%) t de tetraciclinas (1%), ➤ -RN de madre infectada debe recibir tx sistémico.</p>
<p>11. Investigación</p>	<p>Contactos sexuales con evaluación médica y de laboratorio antes de tx.</p>
<p>12. Tratamientos</p>	<p>Específico según normas de atención, con control a los 7 días posttx. Se recomienda incluir tx contra clamydias por la frecuencia de las infecciones asociadas.</p>
<p>13. Vacunación</p>	<p>No aplica</p>
<p>14. Otras</p>	<p>➤ Brindar asesoría, seguimiento y atención integral. ➤ Se debe realizar búsqueda activa con frotis o cultivo en: III trimestre de embarazo y en TCS ➤ Búsqueda de resistencia antimicrobiana en: -pacientes que no han cedido a tx rutinario, primero descarte una reinfección, -en uretritis crónica, -sospecha de lesiones extragenitales, -grupos de alto riesgo (vig. Centinela: ejm: TCS, HSH, uniformados)</p>

Enfermedad	INFECCIONES NOSOCOMIALES
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Persona hospitalizada o tratada en consulta ambulatoria; o algún funcionario de la instalación, que posteriormente presenta signos y síntomas de infección nosocomial.
2. Probable:	Caso sospechoso al que se le realizaron pruebas de laboratorio u otro método diagnóstico y no fueron concluyentes, o que no se realizaron, pero se encontró asociación clínico epidemiológico.
3. Confirmado	Caso sospechoso al que se le identifica la fuente de contagio o el agente a través de pruebas de gabinete, aislamiento del germen causal de la infección o enfermedad o mediante asociación clínico epidemiológico.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Personal que atendió al paciente y las áreas priorizadas según riesgo con base a las normas.
5. ¿Cuándo?	Ante caso sospechoso.
6. Reportar	Caso confirmado a Epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria.
8. Aislamiento	Precauciones universal.
9. Desinfección	Según el agente causal y el área de riesgo.
10. Quimioprofilaxis	Ninguna
11. Investigación	Del personal que atendió al paciente y de las fuentes de infección.
12. Tratamientos	Según el agente causal. Es vital tomar las muestras clínicas antes de iniciar antibióticos.
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	Reportar rutinariamente a los niveles correspondientes según formatos de vigilancia especial.

<p>9.Desinfección</p>	<p>De las secreciones nasales de los pacientes infecciosos y limpieza terminal.</p>
<p>10.Quimioprofilaxis</p>	<p>Rifampicina</p>
<p>11.Investigación</p>	<p>De los contactos a intervalos de 12 meses, por lo menos, durante cinco años después del último contacto con el caso infeccioso</p>
<p>12.Tratamientos</p>	<p>Según las normas de atención, tipo ambulatoria, regular y con fármacos múltiples. En algunos casos las complicaciones obligan el ingreso a centros especializados</p>
<p>13.Vacunación</p>	<p>La BCG confiere cierta inmunidad contra el bacilo de Hansen. No se practica de rutina.</p>
<p>14.Otras</p>	<p>-Recordar que la prueba de Mitsuda o Lepromina no es una prueba diagnóstica, permite clasificar el tipo de lepra y la capacidad inmunológica del paciente. -No están indicadas las restricciones en el trabajo ni la asistencia a la escuela de los pacientes cuya enfermedad no se considere infecciosa.</p>

Enfermedad	LEPTOSPIROSIS
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Fiebre aguda con cefalea, mialgia y postración asociada a sufusión conjuntival, ictericia, hemorragias, irritación meníngea, anuresis.
2. Probable:	No aplica
3. Confirmado	Identificación de leptospiras patógenas obtenidas por cultivo de sangre u otros materiales clínicos o por serología o por pruebas especiales.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Antecedentes laborales (dedicadas al cuidado y manejo de animales) viajes, presencia de roedores, baños de inmersión, aguas contaminadas.
5. ¿Cuándo?	A partir de caso sospechoso.
6. Reportar	Caso sospechoso por la vía más expedita a Epidemiología
CONTROL:	
7. Notificación	Obligatoria e inmediata.
8. Aislamiento	Ninguno
9. Desinfección concurrente	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	El ejército USA, demostró que la doxicilina es eficaz por vía oral, una dosis de 200 mg a la semana durante los periodos de exposición intensa.
1. Investigación	Contactos y fuente de infección
12. Tratamientos	Antibioticoterapia (penicilina, cefalosporinas, lincomicina y eritromicina, entre otros) es importante su inició rápidamente ante la sospecha luego de tomar las muestras clínicas.
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	<ul style="list-style-type: none"> - Control de roedores en áreas afectadas y saneamiento ambiental. - Almacenamiento y manipulación adecuada de los alimentos. - Tener cuidado cuando se participa en actividades de recreo como nadar, cazar y acampar entre otra.

Enfermedad	LEISHMANIASIS
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Persona con Pápula o nódulo indoloro en el lugar de la picadura, que evoluciona hacia una úlcera en 2 o más semanas, con bordes elevados e indurados con fondo granuloso limpio en ocasiones cubierto por costras característicamente redondeadas y frecuentemente únicas, aunque pueden ser múltiples.
2. Probable:	Caso sospechoso con evidencia epidemiológica (individuos que han visitado zonas de transmisión, o procedencia de área endémica) y que no cicatriza con tratamiento antimicrobiano.
3. Confirmado	Confirmación por parasitología y/ o serología positiva, u otras pruebas especiales.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Antecedentes de incursión a zonas endémicas, y procedencia de ellas.
5. ¿Cuándo?	Ante caso probables.
6. Reportar	Casos confirmados.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria
8. Aislamiento	Ninguno
9 .Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	Ninguna
11. Investigación	Contactos y fuente de infección
12. Tratamientos	Glucantime 20mg/kg/ día I.M, por un tiempo no menor de 20 días.
13. Vacunación	Ninguna.
14. Otras	Orientar a la población sobre las zonas endémicas y las medidas de prevención.

Enfermedad	LINFOGRANULOMA VENEREO
Definición de Caso	
1. 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 fistulas.
2. Probable	Todo caso sospechoso que presenta pruebas negativas por T. pallidum o H. ducreyi.
3. Confirmado	Todo caso probable con prueba de lab. confirmatoria de infección por Chlamydia trachomatis.
Investigar	
4. ¿Qué?	De contactos sexuales hasta 30 días antes de inicio de síntomas.
5. ¿Cuándo?	A partir del caso sospechoso.
6. Reportar	Caso confirmado
CONTROL	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria
8. Aislamiento	Precauciones universales. Evitar el contacto sexual hasta la curación de las lesiones.
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	Solo a los contactos sexuales recientes de casos activos.
11. Investigación	Contactos sexuales y otras posibles ITS.
12. Tratamientos	<p>-A la persona infectada según normas de atención. AB de elección: Doxiciclinas, tetraciclinas, eritromicina o sulfonamidas.</p> <p>-Drenaje mediante aspirado de los ganglios fluctuantes c)2-3 día, no seccionarlos.</p> <p>-Control 10 días luego de terminar el tx.</p>
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	<p>- Brindar asesoría, seguimiento y atención integral. Recordar que la lesión inicial suele ser asintomática y cura espontáneamente.</p>

Enfermedad	MALARIA
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Paciente que presente o haya presentado fiebre y síntomas y signos compatibles con Malaria en los últimos 30 días y/o que resida en área endémica o haya estado en ella en los últimos 30 días.
2. Probable:	No aplica.
3. Confirmado	Caso clínico más presencia del parásito (<i>Plasmodium vivax</i> , <i>falciparum</i> , <i>malariae</i> y <i>ovale</i>) en cualquiera de las formas: trofozoitos, esquizontes y gametocitos, al analizar gota gruesa de sangre.
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo caso sospechoso, brote o rumor. Antecedente de residir o haber visitado área endémica o malarica, presencia de mosquitos (<i>Anopheles</i>) o visitantes de áreas endémicas en la localidad.
5. ¿Cuándo?	A partir de caso sospechoso o rumor.
6. Reportar	A partir del caso sospechoso a Epidemiología en áreas no endémicas. En áreas endémicas los casos confirmados.
CONTROL	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria.
8. Aislamiento	Evitar el acceso de los mosquitos al paciente durante cinco días, después del inicio de la enfermedad mediante el uso mosquiteros.
9. Desinfección	Ninguna.
10. Quimioprofilaxis	En viajeros no inmunes que van a áreas endémicas según normas.
11. Investigación	Contactos y fuentes de infección. Áreas visitadas seis días antes, áreas endémicas o malaricas. De epizootias en primates no humanos.
12. Tratamientos	Específico según normas.
13. Vacunación	Ninguna.
14. Otras	<p>-Rociar todas las casas de la comunidad con insecticida eficaz y eliminación exhaustiva de criaderos de mosquitos.-</p> <p>-Educar a la población sobre la enfermedad la importancia del tratamiento adecuado, la eliminación de criaderos mediante la participación comunitaria.</p>

Enfermedad	MENINGITIS
<p>Descripción Clínica</p>	<p>Las meningitis son procesos inflamatorios de las membranas que recubren el cerebro y otros órganos del sistema nervioso central. Su severidad puede variar según la etiología y factores propios del paciente incluso producir la muerte. Se caracteriza en general por fiebre, vómitos, cefalea, rigidez nuchal, convulsiones y en los niños pequeños por irritabilidad y abombamiento de las fontanela.</p>
<p>Definición de Caso</p>	
<p>1. Sospechoso</p>	<p>Toda persona con fiebre y algún signo meníngeo descrito</p>
<p>2. Probable</p>	<p>No aplica</p>
<p>3. Confirmado</p>	<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>
<p>INVESTIGAR</p>	
<p>4. ¿Qué?</p>	<p>Contactos y fuente de infección. Búsqueda de casos sintomáticos en el perifoco laboral y grupo familiar.</p>
<p>5. ¿Cuándo?</p>	<p>Todo caso sospechoso, alerta y brote, incluyendo los rumores.</p>
<p>6. Reportar</p>	<p>Caso sospechoso de M por meningococo y por H influenzae de manera inmediata y obligatoria, incluyendo posteriormente el dx. final. Resto de meningitis el caso confirmado</p>
<p>CONTROL</p>	
<p>7. Notificación</p>	<p>Rutinaria y obligatoria. Inmediata para M por meningococo y por H. influenzae según las normas del SIVE, igualmente en la vigilancia centinela de las meningitis bacterianas según lo establecido. Los brotes y alertas de manera inmediata por la vía más expedita a epidemiología</p>
<p>8. Aislamiento</p>	<p>Está indicado en la sospecha de M por meningococo y por H influenzae, y otras, mientras cumplen las primeras 24 horas de AB.</p>
<p>9. Desinfección</p>	<p>Es concurrente de las secreciones nasofaríngeas y los objetos contaminados.</p>
<p>10. Quimioprofilaxis</p>	<p>Está indicado en la M por meningococo y por H influenzae, ver sección específica. No aplica en las m. virales.</p>
<p>11. Investigación</p>	<p>De los contactos y la fuentes de infección. Verificar estado vacuanl de los casos sobretodo en los menores.</p>
<p>12. Tratamientos</p>	<p>Según las normas de atención.</p>
<p>13. Vacunación</p>	<p>Según normas del PAI. Se recomienda la vacuna contra el Neumococo en grupos de alto riesgo para evitar la enfermedad invasiva.</p>
<p>14. Otras</p>	<p>Recordar la importancia de la toma de las muestras adecuadas antes de iniciar el tx. antimicrobiano.</p>

Enfermedad	MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	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.
2. Probable:	Todo caso sospechoso con turbidez del líquido cefalorraquídeo, la presencia de microorganismo mediante la tinción de Gram o resultado cito químico indicativo de meningitis bacteriana. Caso sospechoso con evidencia del LCR de Pleocitosis polimorfonuclear (usualmente > 500-1000 leu/mm ³). Hipoglucorraquia (< 40 mg/ml) Hiperproteíorraquia (> 100 mg/ml)
Investigar	
3. Confirmado	Todo caso probable en el cual de aisle H. influenzae tipo b mediante cultivo positivo o prueba de aglutinación en latex u otra prueba confirmatoria por H. influenzae tipo b en L.C.R. o en sangre o por hallazgo anatomopatológico.
4. ¿Qué?	Residencias en maternales y hogares temporales de niños sin hogar, barracas, verificar antecedentes vacunales
5. ¿Cuándo?	Caso sospechoso, a partir de caso probable.
6. Reportar	Casos sospechosos, probable o confirmados por la vía más rápida a epidemiología
CONTROL:	
7. Notificación	Inmediata, Enfermedad de Vigilancia prioritaria Nacional.
8. Aislamiento	Aislamiento respiratorio por 24 horas, después de iniciado el tratamiento.
9. Desinfección	Lavado de manos, higiene en el hogar y de secreciones Nasofaríngeas
10. Quimioprofilaxis	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. 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.
11. Investigación	De contactos y de la fuente de infección. Búsqueda de sintomáticos en contactos menores de 6 años, especialmente los lactantes
12. Tratamientos	Ampicilina a razón de 200 a 400 mg/kg de peso al día, Ceftriaxona, Cefotaxima o Cloranfenicol en forma combinada o solos hasta que se conozca la sensibilidad del microorganismo a los antibióticos. Recibir Rifampicina antes de salida del Hospital para asegurar la eliminación del microorganismo
13. 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.
14. Otras	Orientar a los padres respecto al riesgo de que se produzcan otros casos en el hogar, en especial en los niños pequeños

Enfermedad	MUERTE MATERNA
Definición de Casos:	
1. Sospechoso	No aplica
2. Probable	Toda muerte de una mujer con historia de haber estado embarazada hasta un año antes de su fallecimiento
3. Confirmado	Toda muerte de una mujer 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.
Investigar	
4. ¿Qué?	Toda muerte de una mujer con historia de haber estado embarazada en los 42 días antes de su fallecimiento y cuya muerte no pudo ser investigada.
5. ¿Cuándo?	Historia de embarazo, antecedentes del parto, factores sociales de riesgo, etc.
6. Reportar	A partir de la notificación del caso probable
CONTROL	
7. Notificación	Rutinaria según formatos establecidos.
8. Aislamiento	Rutinaria, obligatoria y semanal
9. Desinfección	No aplica
10. Quimioprofilaxis	No aplica
11. Investigación	No aplica
12. Tratamientos	Auditoría de Muerte Materna (AMM) 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 correspondiente le corresponde el llenado de la Autopsia Verba de Muerte Materna (AVMM). Obligatoria.
13. Vacunación	No aplica
14. Otras	No aplica
	La AMM debe ser complementada con la AVMM.

Enfermedad	MUERTE PERINATAL
Definición de Casos:	No aplica
1. Sospechoso	No aplica
2. Probable	Toda muerte fetal de 28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal menor de 7 días.
3. Confirmado	Historia clínica perinatal y antecedentes obstétricos de la madre (control prenatal)
Investigar:	
4. ¿Qué?	Todo caso captado por el sistema de salud.
5. ¿Cuándo?	Rutinaria según formatos establecidos.
6. Reportar	Rutinaria, obligatoria y semanal
CONTROL:	
7. Notificación	No aplica
8. Aislamiento	No aplica
9. Desinfección	No aplica
10. Quimioprofilaxis	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 correspondiente le corresponde. Obligatoria.
11. Investigación	No aplica
12. Tratamientos	No aplica
13. Vacunación	
14. Otra	

Enfermedad	NEUMONIA
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Fiebre Alta, dolor torácico tipo pleurítico, tos productiva, esputo herrumbroso.
2. Probable:	Caso sospechoso, agudamente enfermo y taquipneico con signos evidentes de condensación en el examen del tórax .
3. Confirmado	Radiografía de tórax con infiltrado lobar o segmentario, con derrame pleural.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Contactos conforme sospecha etiológica
5. ¿Cuándo?	Ante caso confirmado
6. Reportar	Caso confirmado a Epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria según Decreto Ejecutivo No. 268, de 17 de Agosto de 2001.
8. Aislamiento	Ninguno
9 .Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	Ninguna
11. Investigación	De contactos y fuentes de infección
12. Tratamientos	Antibioticoterapia conforme el agente etiológico, nebulizaciones, broncodilatadores, expectorantes.
13. Vacunación	No aplica, excepto para S. pneumoniae según normas del PAI.
14. Otras	

ENFERMEDAD	PAROTIDITIS
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Fiebre, edema y dolor de una o más glándulas salivales
2. Probable:	No aplica
3. Confirmado	Confirmación por clínica y / o laboratorio: Aislamiento viral, IgM positiva o aumento de 4 veces el título de anticuerpos o contacto con otro caso confirmado.
Investigar	
4. ¿Qué?	100% de los brotes en la comunidad o ambientes cerrados (hospitales, escuelas, guarderías)
5. ¿Cuándo?	Dentro de las primeras 48 horas luego de captado el caso o rumor.
6. Reportar	Casos confirmados
CONTROL:	
7. Notificación	Semanal y mensual a epidemiología.
8. Aislamiento	De tipo respiratorio durante 9 días desde el comienzo del edema
9. Desinfección	De los objetos contaminados con secreciones nasofaríngeas.
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	Antecedentes vacunales del caso y del perifoco. Búsqueda activa de casos sospechosos entre los contactos.
12. Tratamiento	Sintomático
13. Vacunación	Vacunación a contactos susceptibles con MMR (niños y adolescentes menores de 19 años).
14. Otras	

ENFERMEDAD	PESTE
Descripción Clínica	Enfermedad transmitida al humano por las pulgas, por exposición directa de tejidos infectados y gotitas de esputo en aerosol. La enfermedad se caracteriza por fiebre, escalofríos, cefalea, malestar, postración y leucocitosis con una o mas de las siguientes formas clínicas principales:
Definición de casos	<p>-Linfadenitis regional (P. BUBONICA)</p> <p>-Septicemia sin evidencia de linfadenopatía (P. SEPTICEMICA)</p> <p>-PESTE NEUMÓNICA, que resulta de la diseminación hematogena de casos de P. Bubónica o septicémica (P. N. Secundaria) o de inhalación de gotitas de esputo en aerosol (P. N. PRIMARIA).</p> <p>-Faringitis y linfadenitis cervical como resultado de exposición a una gran cantidad de gotitas de esputo en aerosol o ingestión de tejidos infectados (P. FARINGEA)</p>
1. Sospechoso	Cualquier persona que presenta cuadro clínico compatible con alguna de las formas descritas.
2. Probable	<p>Todo caso sospechoso con una prueba serológica positiva:</p> <p>a. Elevación en el suero de los títulos de anticuerpos para la fracción-1 (F-1) de Yersinia pestis como antígeno (sin cuadruplicación o aumento importante) en un paciente sin historia de vacunación,</p> <p>b. -Detección del antígeno F-1 en un espécimen clínico por ensayo fluorescente.</p>
3. Confirmado	Todo caso sospechoso o probable en que se demuestra por aislamiento, serología o biología molecular la presencia de Y. pestis o nexa con otro caso confirmado por laboratorio.
INVESTIGAR:	
4. ¿Qué?	Riesgo de bioterrorismo, antecedente de vacunación, viajes, lista estricta de contactos, exposición a pulgas de roedores silvestres o domésticos.
5. ¿Cuándo?	A partir de caso sospechoso o rumor.
6. Reportar	A partir de caso sospechoso por la vía más expedita a epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Inmediata, por la vía más rápida.
8. Aislamiento	Estricto total hasta completar las 48 horas de tratamiento y se observe buena evolución.
9.Desinfección	Total terminal. Especial cuidado de eliminación de pulgas del caso, su equipaje y el ambiente.
10.Quimioprofilaxis	A contactos intradomiciliarios y directos: tetraciclina 15-30 mg. por kg./peso o cloranfenicol 30 mg. por kg./peso en cuatro dosis durante una semana después de cesar la exposición. Recordar la desinfección de ropa y equipaje
11.Investigación	<p>-Fuente de infección y contactos.</p> <p>-Búsqueda activa de casos.</p> <p>-A toda defunción que cumpla con los criterios de caso sospechosos se le debe realizar autopsia y estudios postmortem.</p> <p>-Infestación por pulgas y roedores y su eliminación.</p>
12.Tratamientos	<p>-Hospitalario, iniciar antibióticos de manera inmediata luego de tomar muestra clínicas. De elección estreptomycin, puede usarse garamicina, tetraciclina y cloranfenicol.</p> <p>-Drenaje y desinfección de bubones.</p>
13.Vacunación	La vacuna no protege contra la P. Bubónica, solo está indicada en personas de muy alto riesgo.
14.Otras	<p>-Ante un caso debe alertarse a todo el sistema de salud y establecer campañas de eliminación pulgas y luego de roedores.</p> <p>-Sospechar bioterrorismo en áreas no endémicas o ante brotes.</p>

Enfermedad	Poliomielitis / Parálisis Flácida Aguda (PFA)
Definición de Caso	Parálisis flácida en menor de 15 años o toda enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis.
1. Sospechoso:	Parálisis flácida aguda y no se puede reconocer inmediatamente ninguna otra causa para la misma.
2. Probable:	Enfermedad paralítica flácida aguda con aislamiento de virus polio salvaje, haya o no parálisis residual.
3. Confirmado	Todo rumor o caso sospechoso
Investigar	Todo rumor o sospecha.
4. ¿Qué?	Casos Probables por la vía más rápida a Epidemiología.
5. ¿Cuándo?	Inmediata. Enfermedad de vigilancia internacional
6. Reportar	Precauciones entéricas
CONTROL:	Concurrente de las secreciones orofaríngeas, las heces y los objetos contaminados con ambas.
7. Notificación	No
8. Aislamiento	Del estado vacunal del paciente y de los contactos domiciliarios y del peridomicilio. Búsqueda activa de otros casos similares. Toda la investigación debe efectuarse antes de 48 hrs.
9. Desinfección	Vigilar complicaciones del caso
10. Quimioprofilaxis	Vacunación con OPV a menores de 5 años del perifoco de acuerdo a las normas de inmunización vigente.
11. Investigación	Los casos asociados a la vacuna deben separarse de los casos de polio por virus salvaje.
12. Tratamientos	
13. Vacunación	
14. Otras	

ENFERMEDAD	RABIA
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Persona con mordedura, lamedura de mucosa, herida o rasguño producida por animal potencialmente transmisor de la rabia.
2. Probable:	Paciente con fiebre, agitación e inestabilidad, que evoluciona con deterioro del sistema nervios central, caracterizado por convulsiones, signos meningeos y alucinaciones, acompañado de espasmos de los músculos de la deglución al intentar tragar agua. Puede estar claro o no el antecedente de exposición rábica.
3. Confirmado	Por aislamiento viral. Inmunofluorescencia y / o histopatología.
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo rumor, sospecha y brotes.
5. ¿Cuándo?	A partir de caso sospechoso, rumor y / o brote.
6. Reportar	A partir del caso sospechoso y / o brote por la vía más expedita a Epidemiología.
CONTROL	
7. Notificación	Obligatoria e inmediata, requerida por Reglamento Sanitario Internacional
8. Aislamiento	De los contactos en cuanto a las secreciones respiratorias, mientras dure la enfermedad
9. Desinfección	Concurrente de la saliva de los enfermos y de los objetos contaminados con ella. Medidas de protección para los que atienden a los pacientes.
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	Contactos y de la fuente de infección. Búsqueda del animal rabioso y de otras personas y animales que hayan sido mordidos.
12. Tratamientos	Específico para la rabia clínica, atención médica intensiva de apoyo
13. Vacunación	Los contactos que tienen una herida abierta o membrana mucosa expuesta a la saliva del paciente deben recibir tratamiento antirrábico específico con inmunoglobulina específica y vacunar según esquema post exposición.
14. Otras	Mejorar las condiciones de la vivienda cuando corresponda a los casos relacionados a murciélagos.

ENFERMEDAD	REACCIÓN ADVERSA ATRIBUIDA A LA VACUNACIÓN (RAAV)
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Incidente médico que ocurre después de la vacunación
2. Probable:	Caso sospechoso más respuesta perjudicial no deseada, que se produce a la dosis que se emplea normalmente para la vacunación
3. Confirmado	Evento leve y / o severo que se deba a propiedades inherentes a la vacuna* o error operativo debido a la preparación, manejo o administración de la misma.
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo rumor, caso sospechoso, caso probable o caso confirmado
5. ¿Cuándo?	Dentro de las primeras 24 horas luego de captado el caso o rumor.
6. Reportar	Casos probables o confirmados, por la vía más rápida a epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Inmediata,
8. Aislamiento	No
9. Desinfección	NO
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	Inventario detallado del contenido de la refrigeradora, si es posible, se debe obtener la jeringuilla y el frasco de diluyente utilizados, registro de los niños vacunados en la jornada. En caso de fallecimiento hacer necropsia, lotes de vacuna.
12. Tratamientos	Según evento
13. Vacunación	No.
14. Otras	* ver listado de eventos esperados según vacuna

ENFERMEDAD	RUBÉOLA
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Fiebre con exantema
2. Probable:	Fiebre, exantema maculo popular y con presencia o no de linfadenopatía (generalmente postauricular, occipital y cervical posterior).
3. Confirmado	Aislamiento viral, IgM positiva o aumento de 4 veces el título de anticuerpos o contacto con otro caso confirmado.
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo rumor, caso sospechoso, caso probable o caso confirmado
5. ¿Cuándo?	Dentro de las primeras 48 horas luego de captado el caso o rumor.
6. Reportar	Casos probables o confirmados, por la vía más rápida a epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Inmediata, enfermedad de vigilancia prioritaria nacional e internacional.
8. Aislamiento	Se excluirá a los niños de las escuelas y a los adultos de sus tareas durante 7 días después de haber comenzado la erupción. Evitar la exposición de las mujeres embarazadas no inmunes.
9. Desinfección	Ninguna.
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	Antecedentes vacunales del caso y del perifoco. Búsqueda activa de casos sospechosos entre los contactos. En mujeres en edad fértil si está embarazada y antecedente de vacunación o inmunidad natural.
12. Tratamientos	Sintomático
13. Vacunación	Vacunación a contactos susceptibles (que no tienen esquema completo), niños y adultos.
14. Otras	

Enfermedad	SARAMPIÓN
Definición de Caso	
1. Sospechoso: 2. Probable: 3. Confirmado	Fiebre con exantema Fiebre alta o mayor de 38° C, más exantema generalizado de 2 a 3 días de duración, más uno de los siguientes síntomas: tos, coriza, conjuntivitis. Aislamiento viral, IgM positiva o aumento de 4 veces el título de anticuerpos o contacto con otro caso confirmado.
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo rumor, caso sospechoso, caso probable o caso confirmado
5. ¿Cuándo?	Dentro de las primeras 48 horas luego de captado el caso o rumor.
6. Reportar	Casos probables o confirmados, por la vía más rápida a epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Inmediata, enfermedad de vigilancia prioritaria nacional e internacional.
8. Aislamiento	Aislamiento respiratorio del caso desde la fase catarral hasta cinco días después del inicio del exantema.
9. Desinfección	Secreciones de nariz y garganta.
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	Antecedentes vacunales del caso y del perifoco. Búsqueda activa de casos sospechosos entre los contactos.
12. Tratamientos	Sintomático
13. Vacunación	Vacunación a contactos susceptibles (que no tienen esquema completo), niños y adultos. La vacuna administrada dentro de las primeras 72 hrs. de exposición confiere protección.
14. Otras	

Investigar	4. ¿Qué?	Antecedentes de exposición, factores de riesgo y contactos sexuales. Énfasis en los antecedentes clínicos en especial del último año, permite definir los estadios y tx.. Descartar reacciones falsopositivas y cicatrices serológicas.
	5. ¿Cuándo?	Todo caso sospechoso.
	6. Reportar	A partir del caso confirmado.
	CONTROL	
	7. Notificación	Rutinaria y obligatoria
	8. Aislamiento	Precauciones universales. Los casos deben abstenerse de tener relaciones sexuales mientras no se complete el tx. Y no desaparezcan las lesiones, y después evitar esas relaciones con sus parejas previas que no han sido examinadas ni tratadas para evitar la reinfección. (Rige para casi todas las ITS).
	9.Desinfección	Precauciones Universales
	10.Quimioprofilaxis	Todos los contactos sexuales identificados de casos confirmados de sífilis temprana que hayan sido estado expuestos durante los 90 días anteriores al examen deben recibir tratamiento. En los otros casos consulte las normas de atención o literatura.
	11.Investigación	Todos los contactos sexuales con base a la historia clínica detallada. Otras ITS.
	12.Tratamientos	-Específico según normas de atención. La droga de elección es la penicilina G Benzatínica, drogas alternas: tetraciclinas, eritromicina, penicilina procaina y doxiciclina. -Control post-tratamiento con VDRL a los 3 y 6 meses, es posible que no se negativice (cicatriz serológica).
	13.Vacunación	Ninguna
	14.Otras	- Brindar asesoría, seguimiento y atención integral. - Tamizaje a toda embarazada (I y II trimestre) dado que puede producir muerte fetal, parto prematuro y la sífilis congénita; y grupos de alto riesgo como TCS, todo caso de de ITS captado. -La técnica de campo oscuro es indispensable ante sospecha de sífilis primaria seronegativa y temprana.

ENFERMEDAD	SÍFILIS CONGÉNITA
<p>Definición de Caso:</p> <p>Investigar</p> <p>CONTROL</p>	<p>1. Sospechoso: Sífilis Congénita Temporada: RN o lactante menor vivo o muerto de una mujer con Dx adecuado o parturienta con Dx de Sífilis adquirida.</p> <p>Sífilis Congénita: Menor de 2 años con Hepato-Esplenomegalia, exantema cutáneo pseudoparálisis, condiloma lata, ictericia, malformaciones en nariz, dientes y articulaciones.</p> <p>2. Probable/Compatible: Todo caso sospechoso que no se investiga adecuadamente.</p> <p>3. Confirmado Caso probable con pruebas treponémicas positivas, o títulos de anticuerpos cuatro veces superiores a los de la madre o LCR con VDRL positivos.</p> <p>4. ¿Qué? Antecedente tratamiento de la madre. Cualquier tratamiento que no es penicilina parenteral administrada 30 días antes del nacimiento es inadecuado.</p> <p>5. ¿Cuándo? A partir de casos sospechosos.</p> <p>6. Reportar Rutinaria según formatos establecidos.</p> <p>7. Notificación Rutinaria, según normas de vigilancia especial</p> <p>8. Aislamiento Precauciones universales.</p> <p>9. Desinfección De equipo contaminado con sangre.</p> <p>10. Quimioprofilaxis No.</p> <p>11. Investigación Los padres y todos sus contactos familiares e inmediatos por evidencia serológica de sífilis (VDRL). Historia obstétrica de la madre (control prenatal).</p> <p>12. Tratamientos Según normas de atención</p> <p>13. Vacunación No.</p> <p>14. Otras</p>

Enfermedad	SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ*
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Aparición brusca e inesperada se sensación de cosquilleo u hormigueo y debilidad en miembros inferiores que puede estar precedido por infección viral, trauma, cirugía, vacuna, embarazo o picadura de insecto.
2. Probable:	Debilidad y parálisis flácida aguda, simétrica, ascendente
3. Confirmado	Parálisis flácida aguda, simétrica, ascende más velocidad de conducción nerviosa disminuida (desmielinización), ausencia de estimulación nerviosa, aumento de proteínas en el líquido cefaloraquídeo sin aumento de conteo de glóbulos blancos con recuperación en 3 a 6 meses.
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo caso sospechoso.
5. ¿Cuándo?	Caso sospechoso.
6. Reportar	A partir del caso probable por la vía más expedita a Epidemiología.
CONTROL	
7. Notificación	Obligatoria e inmediata
8. Aislamiento	No
9. Desinfección	No.
10. Quimioprofilaxis	Ninguna
11. Investigación	Antecedentes vacunales en especial de polio, infección viral, trauma, cirugía, embarazo. Búsqueda activa de casos similares
12. Tratamientos	Medidas generales de sostén, fisioterapia.
13. Vacunación	Inmunización de los contactos del núcleo familiar, otros contactos y vecinos del paciente susceptibles según normas contra polio.
14. Otras	*Nombres Alternativos: Polineuritis idiopática aguda, poli neuropatía inflamatoria aguda, polineuritis infecciosa.

ENFERMEDAD	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC)
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Lactante menor de un año en el que se detecte una o más anomalías congénitas o cuya madre haya tenido infección por rubéola durante el embarazo confirmada mediante pruebas de laboratorio y cuando después de un examen físico completo, por cualquier motivo, clínicamente se presuma el SRC en el lactante.
2. Probable:	Lactante menor de un año en el que se detecte una o más de los siguientes indicios al nacer: cataratas congénitas, hepato esplenomegalia, conducto arterio venoso persistente, púrpura o deficiencias auditivas.
3. Confirmado	Caso probable con aislamiento viral, IgM positiva o títulos de anticuerpos que no disminuyen a la mitad cada mes.
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo caso probable o caso confirmado
5. ¿Cuándo?	A partir del caso probable.
6. Reportar	Casos probables o confirmados, por la vía más rápida a epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Inmediata, enfermedad de vigilancia prioritaria nacional e internacional.
8. Aislamiento	De contactos susceptibles. Medidas de control de bioseguridad con énfasis en la orina hasta un año para todos los casos. Todas las personas que estén en contacto con ellos deben ser inmunes a la enfermedad
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	Exposición a rubéola en el primer trimestre de embarazo. Antecedentes vacunales de la madre. Identificación de contactos femeninos embarazadas (primer trimestre) y evaluación de anticuerpos contra rubéola.
12. Tratamientos	Sintomático
13. Vacunación	Vacunación a contactos susceptibles (que no tienen esquema completo), niños y adultos.
14. Otras	La infección natural en el primer trimestre de embarazo permite considerar aborto terapéutico.

ENFERMEDAD	SIDA
Definición de Caso:	
1. Sospechoso	Personas con sintomatología sugestiva de SIDA
2. Probable	Persona con conductas sexuales de riesgo , usuarios de drogas intravenosas, aquellos que hayan recibido transfusiones sanguíneas y/o hemoderivados, trasplantes de órganos y tejidos que presenten sintomatología sugestiva de SIDA o enfermedad indicadora.
3. Confirmado	Todo caso probable de SIDA con prueba tamizaje positiva o toda caso confirmado de VIH que presenta cualquiera de los criterios o diagnósticos listados en la categoría de clasificación de la enfermedad (Normados)
Investigar:	
4. ¿Qué?	Cumplimiento de los criterios para catalogar el caso, probable vía de transmisión y existencia de otros infectados
5. ¿Cuándo?	A partir de casos confirmados
6. Reportar	Rutinaria según formatos establecidos.
CONTROL	
7. Notificación	Rutinaria según normas de vigilancia especial
8. Aislamiento	Ninguno
9.Desinfección	Precauciones universales
10.Quimioprofilaxis	Según normas de atención.
11.Investigación	Contactos sexuales, compartimiento de agujas, donación de sangre y/o hemoderivados, donación de órganos.
12.Tratamientos	Según normas de atención.
13.Vacunación	Según normas
14.Otras	Brindar asesoría, seguimiento y atención integral.

ENFERMEDAD	SINDROME NEFRITICO AGUDO (SNA)
Descripción Clínica:	<p>EL SNA puede tener múltiples causas, nos referimos en esta guía al causado por una glomerulonefritis consecutiva a infección estreptocócica, suele ser de evolución rápida y completa y afectar a menores de 3-10 años. El antecedente más común es la infección de faringe y amígdalas o de la piel con estreptococos beta hemolíticos grupo A, ciertas cepas son nefritógenas.</p>
Definición de Caso:	
Investigar	<p>1. Sospechoso: Toda persona frecuentemente niños y adultos jóvenes, con: - malestar general, cefalea, anorexia, febrícula - dolor en ángulo costovertebral - oliguria, edema generalizado leve inicia en cara y alrededor de los ojos, hipertensión moderada, hemorragias retinianas, - antecedente de infección estreptocócica 10-14 días antes.</p>
	<p>2. Probable: No aplica</p>
	<p>3. Confirmado: Todo caso sospechoso con: - En la orina presencia de hematuria, cilindros hemáticos y proteinuria - Pruebas renales alteradas (aumento de N. Urea y Creatinina) - Puede o no detectarse aumento de la antiestreptolisina O en suero y de la anti-DNasa B y disminución del complemento.</p>
	<p>4. ¿Qué? Infección estreptocócica activa o en las 2 sem antes, contactos con lesiones dérmicas</p>
	<p>5. ¿Cuándo? A partir del caso confirmado.</p>
CONTROL	
	<p>6. Reportar: Caso conformado</p>
	<p>7. Notificación: Rutinaria y Obligatoria</p>
	<p>8. Aislamiento: Ninguno.</p>
	<p>9. Desinfección: Ninguno.</p>
<p>10. Quimioprofilaxis</p>	<p>Al caso con penicilina de larga acción según normas para evitar las reinfecciones.</p>
<p>11. Investigación</p>	<p>Antecedentes de infecciones por estreptococo en caso y contactos, realizar cultivos faríngeos del caso y contactos familiares.</p>
<p>12. Tratamientos</p>	<p>Sintomático según normas de atención. Asegúrese de erradicar cualquier infección estreptocócica en el paciente.</p>
<p>13. Vacunación</p>	<p>Ninguna</p>
<p>14. Otras</p>	<p>- En los niños menores de 6 años de edad la pioderma (impetigo) es el antecedente más frecuente y en los niños mayores de 6 años y adultos jóvenes la faringitis y lesiones cutáneas son raras.</p>

ENFERMEDAD	SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRU (SPH)
<p>Descripción Clínica:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aparición de una enfermedad febril (temperatura >38°C) que requiere administrar oxígeno suplementario, y ➤ Edema intersticial difuso bilateral que se parece al síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto (SIRA), y ➤ Que se presenta en el término de 72 horas luego de inicio de síntomas, en una persona que había estado sana, o ➤ Enfermedad inexplicable que culmina en la muerte, y un estudio de necropsia que señala presencia de edema pulmonar no cardiógeno sin una causa específica e identificable de muerte.
<p>Definición de Caso</p>	<p>Todo caso compatible con la descripción clínica</p>
<p>Investigar</p>	<p>No aplica</p>
<p>1. Sospechoso</p>	<p>Todo caso sospechoso del que se tiene confirmación por estudios de laboratorio.</p>
<p>2. Probable</p>	<p>Antecedente de exposición a roedores, residencia o visita a regiones endémicas, verificar criterios clínicos.</p>
<p>3. Confirmado</p>	<p>Inmediatamente a partir de caso sospechoso. Equipo multidisciplinario.</p>
<p>4. ¿Qué?</p>	<p>Todo caso sospechoso</p>
<p>5. ¿Cuándo?</p>	<p>Todo caso sospechoso por la vía mas expedita a epidemiología.</p>
<p>6. Reportar</p>	<p>Inmediata y Obligatoria</p>
<p>CONTROL</p>	<p>Ninguno</p>
<p>7. Notificación</p>	<p>Medidas Universales de Bioseguridad</p>
<p>8. Aislamiento</p>	<p>Ninguna</p>
<p>9.Desinfección</p>	<p>Evaluación de contactos y ecológica/ambiental para evaluar los índices de presencia/ infestación de roedores en los sitios sospechosos de exposición</p>
<p>10.Quimioprofilaxis</p>	<p>Sintomático según normas de atención.</p>
<p>11.Investigación</p>	<p>Ninguno</p>
<p>12.Tratamientos</p>	<p>Iniciar medidas de prevención y control de roedores en el perifoco y de promoción de la salud.</p>
<p>13.Vacunación</p>	<p>Recuerde: es obligatorio la aprobación de Epidemiología del Nivel Nacional para la realización de la prueba de Hantavirus.</p>
<p>14.Otras</p>	<p></p>

ENFERMEDAD	SÍNDROME DE SHOCK POR DENGUE
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Todo caso probable de Dengue Hemorrágico.
2. Probable	<p>Todo caso probable de Dengue Hemorrágico, mas evidencia de colapso circulatorio que se manifiesta por los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulso rápido y débil. • Tensión diferencial disminuida (20 mm Hh o menos) o bien hipotensión • en relación con la edad. • Piel fría y húmeda • Alteración del estado mental.
3. Confirmado	Todo caso probable de DH más prueba de laboratorio positiva (aislamiento viral o confirmación serológica o molecular) o procedente de área donde existe un brote epidémico de Dengue o se haya demostrado la circulación del virus en el último mes (Nexo Epidemiológico).
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo caso o brote sospechoso, antecedente de procedencia de áreas endémicas, presencia de mosquitos Aedes aegypti.
5. ¿Cuándo?	A partir de caso sospechoso
6. Reportar	Caso sospechoso por la vía más expedita a Epidemiología.
CONTROL	
7. Notificación	Obligatoria e inmediata.
8. Aislamiento	Evitar el acceso de los mosquitos de actividad diurna a los pacientes hasta que ceda la fiebre a través de un mosquitero alrededor de la cama del paciente.
9.Desinfección	Ninguna
10.Quimioprofilaxis	Ninguna
11.Investigación	Contactos y fuentes de infección.
12.Tratamientos	Medidas de sostén.
13.Vacunación	Ninguna
14.Otras	Rociar todas las casas de la comunidad con insecticida eficaz y eliminación exhaustiva de criaderos de mosquitos Aedes.

ENFERMEDAD	TÉTANOS ADQUIRIDO
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Contracciones o espasmos musculares dolorosos localizados o generalizados que se agravan por cualquier estímulo externo
2. Probable:	Caso sospechoso más antecedente de herida
3. Confirmado	Caso probable más aparición de signos y síntomas de la enfermedad como: rigidez abdominal, opistótonos, risa sardónica
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo caso sospechoso
5. ¿Cuándo?	A partir del caso sospechoso.
6. Reportar	Casos probables o confirmados, por la vía más rápida a epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Inmediata, enfermedad de vigilancia prioritaria nacional
8. Aislamiento	No
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	Antecedentes vacunales del caso con toxoide tetánico. Fuente de infección
12. Tratamientos	Inmunoglobulina tetánica en dosis de 3000 – 6000 UI IM. O si no se tiene inmunoglobina, se debe administrar una gran dosis de única de antitoxina tetánica (equina) si no hay hipersensibilidad, Penicilina, mantener vía aérea permeable, sedación. Hay que emprender la inmunización activa simultáneamente con el tratamiento.
13. Vacunación	Vacunación con vacunas con toxoide tetánico (pentavalente, tetravalente, DPT. Td) según esquema de vacunación en especial a mujeres en edad fértil susceptibles.
14. Otras	

ENFERMEDAD	TÉTANOS NEONATAL
Definición de Caso	
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
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo caso sospechoso
5. ¿Cuándo?	A partir del caso sospechoso.
6. Reportar	Casos probables o confirmados, por la vía más rápida a epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Inmediata, enfermedad de vigilancia prioritaria nacional e internacional.
8. Aislamiento	No
9. Desinfección	Ninguna
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	Antecedentes vacunales de la madre y condiciones del control pre-natal y parto. Antecedentes vacunales con toxoide tetánico de la mujeres en edad fértil de la localidad donde procede el caso
12. Tratamientos	Inmunoglobulina con dosis de 3000 – 6000 UI IM. Penicilina, mantener vía aérea permeable, sedación.
13. Vacunación	Vacunación con toxoide tetánico (pentavalente, tetravalente, DPT. Td) según esquema de vacunación en especial a mujeres en edad fértil susceptibles.
14. Otras	

ENFERMEDAD	TOS FERINA
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Paciente con historia de cuadro catarral(*) con tos por lo menos de 14 días de duración.
2. Probable:	Todo paciente con tos paroxística seguida de vómitos o ahogo inspiratorio (estridor) o cianosis. incluye todos los casos de síndrome coqueluchoide que cumplan con los criterios anteriormente indicados.
3. Confirmado	caso sospechoso o probable con uno de los siguientes: aislamiento de Bordetella pertusis, PCR positiva, anticuerpos fluorescentes en secreción nasofaríngea, hemograma con leucocitosis > 20,000 con predominio de linfocitos superior a 60%, o contacto con otro caso confirmado
Investigar	
4. ¿Qué?	Todo rumor, caso sospechoso, caso probable o caso confirmado
5. ¿Cuándo?	Dentro de las primeras 48 horas luego de captado el caso o rumor.
6. Reportar	Casos probables o confirmados, por la vía más rápida a epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Inmediata, enfermedad de vigilancia prioritaria nacional.
8. Aislamiento	Aislamiento respiratorio del caso hasta completar cinco días de tratamiento. Los contactos menores de 7 años no vacunados completamente serán excluidos de guarderías y escuelas hasta completar 5 días a partir del inicio de la quimioprofilaxis.
9. Desinfección	De fomites y todo objeto contaminado con secreciones de nariz y garganta.
10. Quimioprofilaxis	A contactos con eritromicina por 14 días u otro macrólido. también puede usarse trimetropin sulfa
11. Investigación	Antecedentes vacunales del caso. exposición a contactos con síntomas en el domicilio y peridomicilio, así como estado vacunal en menores en el perifoco. Cultivo en bordet-gengou de contactos en fase catarral, deberán toser en plato de petri u otros medios específicos. en niños pequeños hacer un hisopado nasofaríngeo (usar hisopo de dacrón o de alginato de calcio)
12. Tratamientos	Eritromicina u otro macrólido (acorta contagiosidad, pero no reduce síntomas)
13. Vacunación	Vacunación a contactos menores de 6 años que no tienen esquema completo. en brotes o epidemias, solo en el perifoco se debe iniciar el esquema con DPT a los 15 días de nacimiento ; esta dosis se considerará como dosis cero y se iniciará con la primera dosis a los 2 meses con pentavalente y se continuará como está normado en el esquema nacional.
14. Otras	(*)Paciente que presenta algunos de los siguientes signos o síntomas: rinoresaca, lagrimeo, fiebre leve y tos irritativa

Enfermedad	TRACOMA
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Conjuntivitis de comienzo insidioso tipo folicular crónica, con presencia de folículos linfoides y pannus vascular. (Hipertrofia papilar) especialmente de la conjuntiva tarsal que cubre el párpado superior.
2. Probable:	No aplica
3. Confirmado	Aislamiento del agente (Chlamydia trachomatis) en cultivo celular, tinciones con Giemsa o por Inmunofluorescencia. En pruebas especiales
Investigar:	
4. ¿Qué?	Contactos estrechos especialmente familiares, y en compañeros de juego o de la escuela..
5. ¿Cuándo?	Ante caso confirmado.
6. Reportar	Caso confirmado a Epidemiología.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria.
8. Aislamiento	No es práctica.
9. Desinfección	De las secreciones oculares o nasales y artículos contaminados.
10. Quimioprofilaxis	Ninguna
11. Investigación	De los contactos y de las fuentes de infección.
12. Tratamientos	Pomada de tetraciclina o eritromicina. Las sulfonamids, tetraciclinas, entromicina y la azitromicina por vía oral son eficaces en las fases activas de la enfermedad.
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	Educar en higiene personal en especial el riesgo de compartir artículos de tocador, incluyendo las toallas.

Enfermedad	TIFUS
Descripción Clínica	<p>Enfermedad transmitida al humano por las pulgas(TIFUS ENDÉMICO O MURINO) o piojos(TIFUS EPIDÉMICO O EXANTEMÁTICO O CLÁSICO). Nos referiremos al tifus epidémico por su importancia a la salud pública, el tifus endémico es muy similar pero con evolución más benigna. Ambos son una rickettsiosis de comienzo variable a menudo repentino, caracterizado por cefalalgia, escalofríos, postración, fiebre y dolores generalizados. En el 5° o 6° día con erupción macular que comienza en la parte superior del tronco y luego se disemina por todo el cuerpo, poco afecta la cara, palmas de las manos y plantas de los pies. Con toxemia intensa que termina en lisis después de 1-2 semanas. Puede no haber exantema, sobretodo en niños y en inmunizados.</p>
Definición de Caso	<p>1. Sospechoso Cualquier persona que presenta cuadro clínico compatible con antecedente de contacto con pulgas y/o piojos o expuesto.</p> <p>2. Probable Todo caso sospechoso procedente de áreas de riesgo o una prueba serológica positiva.</p> <p>3. Confirmado Todo caso sospechoso o probable en que se demuestre por serología (en muestras pareadas) o biología molecular la presencia de R. prowzekki (T. Epidémico) o R. Typha o R. felis (T. Endémico) o nexa con otro caso confirmado por laboratorio.</p>
INVESTIGAR	<p>4. ¿Qué? Antecedente de vacunación, viajes, ocupación, contactos, exposición a piojos o pulgas.</p> <p>5. ¿Cuándo? A partir de caso sospechoso o rumor.</p> <p>6. Reportar A partir de caso sospechoso por la vía más expedita a epidemiología.</p>
CONTROL	<p>7. Notificación Inmediata y obligatoria.</p> <p>8. Aislamiento No es necesario después de despiojar adecuadamente al enfermo, su ropa su vivienda y a los contactos del hogar.</p> <p>9. Desinfección Desinfectación con polvos insecticidas al enfermo, su ropa su vivienda y a los contactos del hogar. Especial cuidado de eliminación de piojos y pulgas del caso, su equipaje y el ambiente (ropa de cama. Si la muerte ocurre antes del despioje, habrá que eliminar los piojos del cuerpo y la ropa antes de la movilización del cadáver para evitar la migración de los mismos.</p> <p>10. Quimioprofilaxis Ninguno</p> <p>11. Investigación -Fuente de infección y contactos. -Búsqueda de roedores y reservorios en el perifoco</p> <p>12. Tratamientos -En el contexto de una epidemia una sola dosis de 200mg. de doxiciclina es curativa. Puede utilizarse tetraciclinas o el cloranfenicol por vía oral en una dosis de 2 o 3 g, seguida por dosis diarias de 1 o 2 g por día en cuatro fracciones, hasta que el enfermo no tenga fiebre y durante un día más. Ante un enfermo muy grave ante la sospecha inicie el tratamiento de inmediato.</p> <p>13. Vacunación No disponible</p> <p>14. Otras -Ante un brote debe establecerse campañas de eliminación pulgas, piojos y luego de roedores. -A las personas susceptibles que están expuestas al tifus transmitido por piojo, debe realizárseles cuarentena durante 15 días después de la aplicación de un insecticida de acción residual. -Todos los contactos inmediatos deben ser sometidos a vigilancia durante dos semanas previa aplicación de insecticida de acción residual -Ante zonas de alta infestación está indicada la aplicación sistemática de un insecticida de acción residual a todas las personas de la comunidad.</p>

ENFERMEDAD		TOXOPLASMOSIS
Descripción Clínica		Enfermedad sistémica por protozoarios coccidios. La mayoría de los casos son asintomático. Síntomas y signos: linfadenopatía y fiebre. En los inmunodeprimidos: cerebritis, calcificación intracerebral, fiebre, ictericia, erupción cutánea, hepatoesplenomegalia, LCR xantocrómico y convulsiones. Toxoplasmosis congénita: ocurre en el primer trimestre del embarazo y puede producir muerte fetal o corioretinitis. Signos y síntomas: hidrocefalia, microcefalia, fiebre, ictericia, erupción cutánea y convulsiones. En etapas posteriores produce enfermedad leve o subclínica del feto con manifestaciones tardías de corioretinitis crónica o recurrente.
Definición de Caso	1. Sospechoso	Paciente febril con linfadenopatía y trastornos visuales. Toxoplasmosis congénita: RN de madre con serología positiva.
	2. Probable	Caso sospechoso con uno o más de los siguientes signos o síntomas: corioretinitis, convulsiones, LCR xantocrómico Toxoplasmosis congénita: Caso sospechoso con uno o más de los siguientes signos y síntomas: hepatoesplenomegalia, hidrocefalia, microcefalia, calcificaciones intracraneales.
	3. Confirmado	Caso probable con los criterios anteriores + identificación del agente en tejido o fluidos corporales, serología positiva (IgM, aumento de títulos de IgG)
Investigar	4. ¿Qué?	Exposición a fauna doméstica, roedores. En Embarazadas tamizaje de la enfermedad/inf.
	5. ¿Cuándo?	A partir de un caso confirmado.
	6. Reportar	A partir de un caso confirmado.
CONTROL	7. Notificación	Rutinaria y Obligatoria
	8. Aislamiento	No requiere
	9. Desinfección	No requiere
	10. Quimioprofilaxis	Ninguna. Los pacientes con VIH/SIDA con toxoplasmosis sintomática intensa deben recibir durante toda su vida pirimetamina, sulfadiazina y ácido polínico.
	11. Investigación	Contactos familiares mediante cuantificación de anticuerpos, buscando fuente común. Buscar la fuente de infección. En casos de infección congénita medir títulos de anticuerpos en la madre.
	12. Tratamientos	No siempre indicado en pacientes inmunocompetentes y sano, excepto en infección inicial durante el embarazo, corioretinitis, miocarditis o afección de otros órganos. Drogas de elección: Pirimetamina + Sulfadiazina + Ac. Folinico por 4 sem. En t. ocular se ha usado clindamicina. En embarazadas administrar: Espiramicina: para evitar la infección trasplacentaria. Pirimetamina y Sulfadiazina si se demuestra infección transplacentaria. Es mejor no administrar pirimetamina en las primeras de las 16 sem. de embarazo y sólo utilizar la sulfadiazina. En los lactantes de madre VIH+ o con infección primaria con T. gondii debe tratarse con pirimetamina-sulfadiazina-ácido polínico durante su primer año de vida o hasta que se descarte la infección congénita. Es importante el manejo especializado de estos RN.
	13. Vacunación	Ninguna
	14. Otras	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Orientar sobre el cuidado de mascotas (gatos): alimentación, limpieza especialmente de excretas. ➢ Control de los gatos callejeros. ➢ Orientación y educación a las madres (ingesta de carne bien cocida). Lavarse bien las manos después de manipular animales o sus desechos, así como carne cruda, tierra probablemente contaminada y antes de comer.

ENFERMEDAD	TUBERCULOSIS PULMONAR (TB)
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Tos y expectoración por mas de 15 días (sintomático respiratorio).
2. Probable:	Sintomático respiratorio con radiografía pulmonar sugestiva de tuberculosis.
3. Confirmado	<ul style="list-style-type: none"> a) Sintomático respiratorio con baciloscopia positiva. b) Radiografía pulmonar sugestiva de tb con cultivo positivo.
Investigar	
4. ¿Qué?	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto íntimo o cercano en búsqueda de otros sintomáticos respiratorios en la familia. -Conducta de riesgos para infección por VIH. -Residencia en asilos o cárceles.
5. ¿Cuándo?	A partir de casos confirmados.
6. Reportar	Rutina según formatos establecidos
CONTROL	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria según normas.
8. Aislamiento	No.
9.Desinfección	Lavados de manos e higiene personal y en el hogar.
10. Quimioprofilaxis	En menores de 5 años: Isoniacida por 6 meses en los vacunados con BCG que son reactivos al PPD.
11. Investigación	<ul style="list-style-type: none"> -De sintomáticos respiratorios en el peridomicilio deberán hacerse al menos 2 baciloscopias. -Antecedentes vacunales en menores de 5 años.
12.Tratamientos	Según normas. Caso nuevo: Isoniacidas, Rifampicina Pirazinamida y Etambutol en la 1 fase (supervisado diariamente por 2 meses) Rifampicina e Isoniacida en la II fase.
13.Vacunación	BCG a los recién nacidos según normas del PAI.
14.Otras	Debe investigarse infección VIH en todo caso confirmado.

ENFERMEDAD	TULAREMIA
Descripción Clínica	Enfermedad bacteriana zoonótica con diversas manifestaciones clínicas que varían según la vía de introducción y la virulencia del agente patógeno. Con frecuencia es una úlcera indolora en el sitio de penetración del microorganismo (<i>Francisella tularensis</i>), acompañada de hinchazón de los ganglios linfáticos regionales. Dependiendo de la puerta de entrada puede presentarse diferentes tipos: ulceroganglionar, ganglionar, orofaríngeo, tifoídico, pleuropulmonar, oculoganglionar.
Definición de Caso	
1. Sospechoso	Caso compatible con la descripción clínica.
2. Probable	Caso sospechoso con historia de exposición a material contaminado, ejem: conejos, liebres, ratas almizcleras y otros roedores de la familia de los micrótidos, algunos animales domésticos y varias garrapatas duras.
3. Confirmado	Todo caso sospechoso que se confirma laboratorio (serología, biología molecular, frotis y/o aislamiento de la bacteria).
INVESTIGAR	
4. ¿Qué?	Contacto con sangre o tejidos de animales, ingesta de agua o alimentos contaminados, inhalación de material infectante.
5. ¿Cuándo?	A partir de caso sospechosos.
6. Reportar	A partir de caso sospechoso.
CONTROL	
7. Notificación	Rutinaria
8. Aislamiento	Precauciones con el drenaje y las secreciones de las lesiones abiertas.
9. Desinfección	De las secreciones de úlceras, ganglios linfáticos o saco conjuntival
10. Quimioprofilaxis	No.
11. Investigación	Fuente de infección y contactos.
12. Tratamientos	Estreptomicina o gentamicina por 7 a 14 días. El cloranfenicol y las tetraciclinas son eficaces si se aplican por 14 días. La aspiración, incisión y drenaje o la toma de material de biopsia de un ganglio linfático inflamado pueden diseminar la infección y en estos casos se necesita la protección con antibióticos específicos en forma inmediata.
13. Vacunación	No.
14. Otras	Ante un caso de neumonía por <i>Francisella tularensis</i> debe sospecharse bioterrorismo, por lo tanto la notificación debe hacerse inmediatamente.

Enfermedad	URETRITIS NO ESPECIFICAS
Descripción Clínica:	Es una enfermedad generalmente autolimitada y sus complicaciones son raras siendo la EPI y el Sind. De Reiter. Si bien las clamidias son los agentes más frecuentes en un alto porcentaje intervienen otros agentes como el U. urealyticum, Herpesvirus simples tipo 2 y la T. vaginales, entre otros. Se caracteriza por inflamación de la uretra en los hombres y del cervix en la mujer incluso con secreción mucopurulenta difícil de diferenciar de la Infección Gonococcica.
Definición de Caso	
1. Sospechoso	Persona con cuadro clínico descrito.
2. Probable	No aplica.
Investigar	
3. Confirmado	Todo caso sospechoso sin prueba de lab. confirmatoria de infección por una agente causal específico.
4. ¿Qué?	De contactos sexuales. Otras ITS:
5. ¿Cuándo?	A partir del caso sospechoso.
6. Reportar	Caso confirmado
CONTROL	
7. Notificación	Rutinaria y obligatoria
8. Aislamiento	Precauciones universales. Evitar el contacto sexual hasta la curación de los síntomas.
9. Desinfección	Eliminación cuidadosa de los artículos contaminados con secreciones uretrales y vaginales.
10. Quimioprofilaxis	De contactos sexuales habituales.
11. Investigación	Contactos sexuales y otras posibles ITS. En el RN de madre afectada no tratados sistémicamente descartar infección pulmonar subclínica mediante radiografías a las 3 sem., y luego de 12-18 sem.
12. Tratamientos	-A la persona infectada y a sus contactos. Droga de elección la doxiciclina, tetraciclinas, eritromicina (en RN y embarazadas) y azitromicina. -Control 10 días luego de terminar el tx.
13. Vacunación	Ninguna
14. Otras	- Brindar asesoría, seguimiento y atención integral. -El tratamiento al contacto se le administra inmediatamente a su captación, esquema igual que al caso.

Enfermedad	VARICELA
Definición de Caso	
1. Sospechoso:	Fiebre moderada, síntomas generales mínimos más erupción cutánea de tipo maculo papular
2. Probable:	No aplica
3. Confirmado	Fiebre moderada, síntomas generales mínimos, más erupción vesicular monolocular y que se unde al pincharse, que aparece en brotes sucesivos y se presentan en diversas etapas de maduración simultáneamente , durante tres o cuatro días y dejan costras granulosas.
Investigar	
4. ¿Qué?	100% de los brotes en la comunidad o ambientes cerrados (hospitales, escuelas, guarderías, cárceles, asilos)
5. ¿Cuándo?	Dentro de las primeras 48 horas luego de captado el brote o rumor.
6. Reportar	Casos confirmados
CONTROL:	
7. Notificación	Semanal y mensual a epidemiología.
8. Aislamiento	Excluir a los niños de la escuela, consultorios médicos, salas de urgencias o sitios públicos hasta que se sequen las vesículas, por lo común después de cinco días. Excluir a los adultos infectados de su lugar de trabajo. En el hospital aislamiento estricto.
9. Desinfección	De los objetos contaminados con secreciones nasofaríngeas.
10. Quimioprofilaxis	No
11. Investigación	Antecedentes vacunales del caso y del perifoco. Búsqueda activa de casos sospechosos entre los contactos.
12. Tratamiento	Sintomático
13. Vacunación	Vacunación a contactos susceptibles si es posible antes de cinco días después de exposición.
14. Otras	

ENFERMEDAD	VIRUELA
Descripción Clínica	Enfermedad vírica sistémica que inicia con fiebre, malestar general, cefalea, postración, dorsalgia intensa y a veces dolor abdominal y vómitos. Después de 2 a 4 días aparece erupción profunda en la cual las lesiones individuales evolucionan por etapas sucesivas de máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras que se desprenden de dos a cuatro semanas. Las lesiones aparecen primero en la cara y las extremidades y luego en el tronco.
Definición de Caso	Cualquier persona previamente sana: que presenta: a. Una enfermedad grave y aguda sin etiología conocida, con un extenso exantema maculopapular o vesicular. b. Muerte sin etiología conocida tras una enfermedad febril con extenso exantema maculopapular o vesicular.
1. Sospechoso	No aplica
2. Probable	Todo caso sospechoso con que se demuestra en una o más muestras clínicas el genoma del virus de la viruela mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR), o que epidemiológicamente esté relacionado con otro caso confirmado por laboratorio.
3. Confirmado	Riesgo de bioterrorismo, antecedente de vacunación, viajes, lista estricta de contactos y personas de zona expuesta.
INVESTIGAR	A partir de caso sospechoso.
4. ¿Qué?	A partir de caso sospechoso inmediatamente por la vía mas expedita a Epidemiología.
5. ¿Cuándo?	Inmediata y Obligatoria.
6. Reportar	Estricto total.
CONTROL	Total terminal.
7. Notificación	Ninguna
8. Aislamiento	Fuente de infección y contactos.
9. Desinfección	Sintomático, según normas de atención.
10. Quimioprofilaxis	A susceptibles según las siguientes categorías: a. Personas presentes en la zona de contacto b. Trabajadores de primera línea y sus familiares c. Familiares de los trabajadores sanitarios. d. Personas con contacto ocasional con ropas u objetos contaminados. e. Contactos de los casos.
11. Investigación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erradicada del mundo desde 1977. De aparecer un caso debe sospecharse bioterrorismo. ➤ Definición de contactos de viruela: <ul style="list-style-type: none"> a. Personas que hayan pasado periodos cortos (minutos) cara a cara con un caso y sus contactos familiares. b. Personas que hayan pasado largos periodos (horas) en la misma casa, o en el mismo recinto. Debe excluirse los contactos transitorios, como los contactos en una calle o en una tienda. ➤ Definición Zona Expuesta a la Viruela: el lugar y el momento en que se produjo la liberación del virus. Todas las personas presentes en esta zona, se consideran en riesgo de infección, similar a los contactos, y deben ser identificadas. <p>Todas las personas con riesgo de infección por viruela deben someterse a control diario de temperatura y estado general durante un periodo de 16 a 18 días.</p>
12. Tratamientos	14. Otras
13. Vacunación	

ENFERMEDAD	VIOLENCIA INTRA FAMILIAR (VIF)
Definición de Caso:	
1. Sospechoso:	Toda persona que presente algún criterio de evidencia que es víctima de violencia física, sexual, emocional, patrimonial, negligencia entre los miembros de la familia, incluye el abuso infantil, la violencia conyugal, el abuso de adolescentes y de adultos mayores.
2. Probable:	Todo caso sospechoso en que no se complete la investigación médico legal
3. Confirmado	Según criterios clínicos y legales por las autoridades competentes establecidas.
Investigar:	
4. ¿Qué?	Personas vulnerables de ciertos grupos humanos relacionados con el sexo y edad.
5. ¿Cuándo?	Ante caso sospechoso.
6. Reportar	Todo caso sospechoso de según flujo grama y formatos establecidos.
CONTROL:	
7. Notificación	Rutinaria, obligatoria e inmediata según normas.
8. Aislamiento	No aplica
9. Desinfección	No aplica
10. Quimioprofilaxis	No aplica. Se recomienda la aplicación del instrumento de tamizaje de VIF a toda mujer en edad reproductiva que llegue a la consulta.
11. Investigación	Todo caso sospechoso, sus familiares y posibles ofensores. Aplicar la historia clínica por sospecha de VIF y verificar si se amerita intervenciones inmediatas para salvaguardar la integridad de la víctima
12. Tratamientos	Abordaje integral según normas. Todo caso sospechoso de violencia física y sexual, debe ser atendido como una urgencia.
13. Vacunación	No aplica
14. Otras	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantendrá la confidencialidad en todo momento. Esta vigilancia requiere una excelente coordinación interinstitucional e intersectorial para que sea efectiva.

ENFERMEDAD	VIH (PORTADOR)
Definición de Caso	
1.Sospechoso	Persona con comportamientos sexuales de riesgo, usuarios de drogas intravenosas y aquellos que hayan recibido transfusión de sangre/hemoderivados y/o trasplantes de órganos/tejidos.
2. Probable	Todo caso sospechoso que presenta una prueba de tamizaje positiva
3. Confirmado	Todo caso probable de infección de VIH con prueba confirmatoria de detección de VIH
Investigar	
4. ¿Qué?	Iniciar pruebas de status inmunológico
5. ¿Cuándo?	A partir de la confirmación.
6. Reportar	Rutinaria según formatos establecidos.
CONTROL	
7. Notificación	Rutinaria según normas de vigilancia especial
8. Aislamiento	Ninguno
9.Desinfección	Ninguno
10.Quimioprofilaxis	Ninguna
11.Investigación	Contactos sexuales y compartimiento de drogas intravenosas, donación sanguíneas o de órganos
12.Tratamientos	- Según normas de atención.
13.Vacunación	Ninguno
14.Otras	- Brindar señoría, seguimiento y atención integral- - Consejería y apoyo al afectado y a su familia



GUIA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

SEGUNDA PARTE

SEGUNDA EDICIÓN
2004



Ministerio de
Economía y
Finanzas
de Panamá



II. GUÍA PARA LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

I. Propósitos:

Utilizar la investigación epidemiológica como herramienta fundamental para conocer mejor la etiología y efectos de los problemas de salud, sus oportunidades de prevención, el costo y efectividad de las estrategias terapéuticas y de diagnóstico y el estado de salud y riesgos de las poblaciones.

II. Estrategias:

1. Capacitar al equipo de salud en investigación epidemiológica, especialmente analítica y en técnicas de determinación rápida de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas (CCAP).
2. Promoción de fundamentos éticos legales que regulen las investigaciones en salud.
3. Dotar a las coordinaciones regionales de los recursos necesarios para programar, promover, ejecutar y darle seguimiento a las investigaciones epidemiológicas.
4. Dar participación a la comunidad en la definición de cual son los problemas prioritarios de salud que requieren investigarse.
5. Utilizar los resultados del análisis de la situación de salud para priorizar los problemas que necesitan investigación.
6. Asesorar en técnicas de investigación epidemiológicas al personal del sector salud.

III. Objetivos:

Para atender a los desafíos para la salud y propiciar la transformación del sector la investigación se orientará a:

1. Otorgar a la salud mayor importancia de las políticas sociales y en el proceso de desarrollo
2. Mejorar la capacidad de análisis de situación e identificación de grupos de alto riesgo.
3. Fomentar políticas y programas que persigan la equidad en salud y abatir el déficit creciente de cobertura de servicios.
4. Concentrar recursos en intervención eficaces y de bajo costo contra daños y riesgos.
5. Aumentar la eficiencia del sector.
6. Redefinir las formas de conducción y organización del sector.
7. Promover la investigación clínico-epidemiológica sobre problemas específicos de salud.

INVESTIGACIÓN DE EPIDEMIOLOGICAS

C=CENTRAL, R=REGIONAL, L=LOCAL, ENFER=ENFERMERA,
ESTAD=ESTADÍSTICO, LABOR=LABORATORISTA, ASS=ASISTENTE Y/O INSPECTOR

RESPONSABILIDAD	MEDIC			ENFER			ESTAD			LABOR			ASS
	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	L
1. Planeamiento:													
1.1. Definición de los problemas de salud que merecen investigación con prioridad.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.2. Incluir en el presupuesto anual del Ministerio de salud fondos destinados a promover la investigación.	X	X		X	X		X	X		X	X		
1.3. Crear un premio anual a la mejor investigación en salud realizada en Panamá.	X	X		X	X		X	X		X	X		
1.4. Confeccionar un plan quinquenal de investigación en salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
1.5. Verificar que los resultados sirvan a la formulación de políticas del sector así como a los gerentes de programas e instituciones.	X	X		X	X		X	X		X	X		
2. Dirección:													
2.1. Establecer una guía para la presentación de proyectos y para la ejecución de la investigación.	X	X		X	X		X	X		X	X		
2.2. Definir los criterios que deben orientar la realización de investigaciones en salud en Panamá.	X	X		X	X		X	X		X	X		
2.3. Seleccionar los proyectos que requieren el respaldo oficial del Ministerio de Salud para la gestión de fondos extrapresupuestarios.	X	X		X	X		X	X		X	X		
3. Control:													
3.1. Confeccionar una base de datos de investigaciones en salud así como proyectos realizados por área temática.	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
4. Divulgación:													
4.1. Crear los mecanismos que garanticen la divulgación de los resultados preliminares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.2. Apoyar a los investigadores en su gestión por publicar sus resultados en revista de prestigio nacional e internacional.	X	X		X	X		X	X		X	X		
5. Capacitación:													
5.1. Capacitar el equipo de salud en investigación epidemiológica, especialmente analítica y en técnicas de determinación rápida CCAP.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Deben cumplirse con los siguientes criterios: es una responsabilidad del equipo de investigación, se recomienda que esté constituido por múltiples disciplinas de salud de acuerdo con la naturaleza del proyecto de investigación.

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

- a. Título corto, preciso y conciso; máximo de quince palabras (15).
- b. Deja claro los objetivos y variables centrales del estudio.
- c. El título anticipa el diseño.
- d. Describe la población o universo que será investigado.
- e. Fácil la clasificación e indización del proyecto.
- f. Debe definir espacio y tiempo de la investigación.

II. RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

- a. Da una idea clara sobre cuál es la pregunta central que la investigación pretende responder.
- b. Justifica la investigación.
- c. Describe las hipótesis (si aplica).
- d. Describe los objetivos de la investigación.
- e. Contiene un breve recuento de los métodos
- f. Hace un breve recuento de los procedimientos contenidos en la metodología

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- a. Fundamenta la necesidad de realizar la investigación para generar conocimientos que brinden un aporte al conocimiento existente.
- b. Brinda los referentes empíricos que describen la situación.
- c. Deja claro y explícito los vacíos de conocimiento existente sobre el problema y/o la controversia existente y la evidencia no conclusiva.
- d. Cuestiona el conocimiento acumulado por ciertos antecedentes que pretenden someter a verificación.
- e. Delimita el objeto de estudio
- f. Da a conocer las interrogantes o las grandes preguntas que orientan la investigación.
- g. Tiene una secuencia lógica para su elaboración que contiene:
 - Magnitud, frecuencia y distribución. Áreas geográficas afectadas y grupos de población afectados por el problema. Consideraciones étnicas y de género.
 - Causas probables del problema: ¿Cuál es el conocimiento actual sobre el problema y sus causas? ¿Hay consenso? ¿Hay discrepancias? ¿Hay evidencias conclusivas?
 - Soluciones posibles: ¿Cuáles han sido las formas de resolver el problema? ¿Qué se ha propuesto? ¿Qué resultados se han obtenido?

- Preguntas sin respuesta: ¿Qué sigue siendo una interrogante? ¿Qué no se ha logrado conocer, determinar, verificar, probar?
- h.** Brinda un argumento convincente de que los conocimientos disponibles son insuficientes para dar cuenta del problema y sus posibles alternativas de solución, o brinda un argumento convincente de la necesidad de someter a prueba si lo que se conoce y se da como un hecho verdadero, puede no ser tan cierto dados nuevos hallazgos o nuevas situaciones.
- i.** Refleja que el investigador se ha documentado sobre el problema y ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema

IV. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

- a.** Deja claro el tipo de conocimiento que se estima obtener.
- b.** Deja en claro la finalidad que se persigue en términos de su aplicación del conocimiento a obtener.
- c.** Indica la estrategia de diseminación y utilización de los hallazgos de la investigación de acuerdo a los potenciales usuarios del conocimiento producido. Responde a lo siguiente:
 - ¿Cómo se relaciona la investigación con las prioridades del país?
 - ¿Qué conocimiento e información se obtendrá?
 - ¿Cuál es la finalidad que se persigue con el conocimiento que brindará el estudio?
 - ¿Cómo se diseminarán los resultados?
 - ¿Cómo se utilizarán los resultados y quiénes serán los beneficiarios?
- d.** Brinda un argumento convincente de que el conocimiento a generar es útil y de aplicabilidad generalizable para el contexto nacional.

V. FUNDAMENTO TEÓRICO

- a.** Presenta evidencia empírica y pregunta central.
- b.** Argumenta y demuestra que la "pregunta" central de la investigación tiene fundamento.
- c.** Deriva en probable(s) respuesta(s) y/o hipótesis de trabajo.
 - Establece relaciones (identifica las relaciones entre la variable independiente y variables respuesta) Permite comprender: lo que se sabe y cómo lo han explicado, si los resultados son conclusivos y los fundamentos de la pregunta.
 - Explica y argumenta las posibles respuestas a la pregunta, indica los supuestos, las relaciones y las hipótesis de trabajo.
- d.** Expone el razonamiento y argumentos hacia la búsqueda de la evidencia que le dé respuesta a la pregunta y/o hipótesis.
- e.** Demuestra, igualmente, una exhaustiva revisión de la bibliografía.

VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN (GENERAL Y ESPECÍFICOS)

- a.** Son consistentes con el fundamento teórico, la pregunta central y las posibles respuestas a las preguntas y/o las hipótesis de trabajo.

b. Los objetivos son una clara operacionalización de las respuestas y/o hipótesis que sugiere el investigador.

c. Deja en claro las actividades intelectuales que el investigador ejecutará en todo el proceso de la investigación.

d. Objetivo general:

- *Describe* lo que se espera lograr con el estudio en términos de conocimiento.
- Da una noción clara de lo que se pretende describir, determinar, identificar, comparar y verificar (en los casos de estudios con hipótesis de trabajo).

f. Objetivos específicos:

- Descomponen la secuencia lógica del objetivo general.
- Anticipa el diseño de la investigación.

VII. METODOLOGÍA

a. Explica los procedimientos que se aplicarán para alcanzar los objetivos.

b. Describe con detalle la definición operacional de las variables, el tipo y las formas de medirla.

c. Define el diseño del estudio, las técnicas y procedimientos que va a utilizar para alcanzar los objetivos propuestos.

d. Detalla:

- Definición operacional de las variables

i. Deja claro qué está entendiendo por cada variable, de qué tipo de variable se trata y cuál es la manera de resumir sus valores (cuantitativos cuando la variable se resume numéricamente y cualitativos cuando las variables asumen valores no numéricos).

ii. Las variables están claramente definidas y convenientemente operacionalizadas.

- Tipo de estudio y diseño general

i. Corresponde con los objetivos propuestos y la disponibilidad de recursos y además, la aceptabilidad de tipo ético.

ii. Enuncia con claridad el tipo de estudio que realizará y una explicación detallada de su diseño.

iii. Enuncia las estrategias y los mecanismos que va a poner en práctica para reducir o suprimir las amenazas a la validez de los resultados, o sea, los llamados factores de confusión (en la selección y asignación de los sujetos, pérdida de casos, control de instrumentos, de los observadores, etc.).

- Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión

i. Enuncia y describe el universo del estudio y todo lo relativo a los procedimientos y técnicas para la selección y tamaño de muestra (en caso de que no aplique se explica el por qué).

ii. Para muestras bien sea probabilísticas o no probabilísticas (por conveniencia o muestras propositivas), indicar el procedimiento y criterios utilizados y la justificación de la selección y tamaño.

iii. Señala los criterios de inclusión y exclusión de los sujetos o unidades de observación.

iv. Señala los procedimientos para controlar los factores que pueden afectar la validez de los resultados y que están relacionados con la selección y tamaño de la muestra.

- Intervención propuesta (sólo para este tipo de estudios)

i. Describe la intervención detalladamente, explicando las actividades en el orden que van a ocurrir.

ii. Se responde a tres preguntas fundamentales: ¿Quién será el responsable de la intervención? ¿Dónde tendrá lugar? ¿Qué actividades se van a realizar y en qué nivel de frecuencia e intensidad? Incluye revisión ética (si aplica).

- Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos

i. Describe los procedimientos que utilizará (encuesta a población, entrevistas a profundidad, observación no-participante, dinámica de grupos focales, análisis de contenido, etc.), cómo y cuándo los aplicará y los instrumentos que utilizará para recopilar la información (cuestionario, guía de entrevista, hoja de registro de observaciones, guía de moderador del grupo focal, guía de análisis de contenido, etc.).

ii. Si aplica procedimientos o técnicas standarizados y/o documentados en la literatura, hace una descripción e indica la bibliografía donde se brindan los detalles de dichos procedimientos y técnicas.

iii. Describe con detalle, los procedimientos que utilizará para controlar los factores que amenazan la validez y confiabilidad de los resultados (control de observadores o responsables de recopilar la información y control de los instrumentos).

iv. En el caso de uso de datos secundarios, describe las fuentes, su contenido y la calidad de los datos que piensa utilizar, deja claro que las mismas pueden suministrar la información requerida para el estudio.

v. Si utiliza fuentes documentales de tipo histórico, periodístico, etc., indica las fuentes y técnicas a utilizar para recolectar y analizar la información.

vi. Se anexan al protocolo, los instrumentos que serán utilizados (cuestionarios, guías de entrevistas, guías del moderador, hojas de registro, etc.) indicando en qué etapa de su elaboración se encuentran.

vii. Describir brevemente los programas de cómputo que serán utilizados y las aplicaciones que realizarán.

VIII. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

a. Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

De acuerdo a los objetivos propuestos y con base al tipo de variables, detalla:

- Medidas de resumen de sus variables y cómo serán presentadas (cuantitativas y/o cualitativas), indica los modelos y técnicas de análisis (estadísticas, no estadísticas o técnicas de análisis de información no numérica, etc.).
- Presenta una tentativa de los principales tabulados de la información (particularmente cuando se trata de variables que se resumen numéricamente), sobre todo, de aquellas claves que servirán de base para la aplicación de los modelos de análisis estadístico.

b. Programas a utilizar para análisis de datos

IX. CRONOGRAMA

a. Descripción de las actividades y tareas que las componen para el logro de los objetivos, expresadas en una matriz: el lector puede asociar fácilmente cómo se logran los objetivos con la ejecución de las actividades y estas a su vez por medio de las tareas que la desarrolla.

b. Hay coherencia entre las actividades y tareas con los objetivos y la metodología.

c. Deja en claro la secuencia tanto de las actividades como de las tareas dentro de ellas.

d. Identifica la(s) persona(s) que ejecutara(n) las actividades y tareas.

e. Establece, dentro de la matriz, el tiempo de inicio y terminación de cada tarea y actividad.

f. Identifica los recursos a utilizar y el costo de cada tarea y actividad.

g. Señala los indicadores de resultado parcial o final que mide el éxito en la ejecución de las tareas y las actividades y el producto final o parcial a alcanzar en cada tarea y actividad.

h. Establece una matriz de seguimiento y evaluación del avance de la investigación.

10. BIBLIOGRAFÍA

Fuente: BID. Documentos de Licitación. Concurso Interno de Fondos para la Financiación de Investigaciones (FOI).

ANEXO
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS EN SALUD
COMITÉ DE BIOETICA

5.1 Solicitud

La solicitud de revisión de un proyecto de investigación, debe ser suscrita por el (los) investigador(es) calificado responsable de la conducción ética y científica de la investigación.

5.2 Procedimientos para el trámite de la solicitud

Los requisitos para la recepción de un proyecto de investigación para su evaluación ética, deben estar claramente descritos en el procedimiento de la solicitud. Estos requisitos deben incluir los siguientes puntos:

- El nombre o nombres, y dirección, del Presidente (a) o de los miembros del CBI a quien el material de la solicitud será enviado;
- Llenar el (los) formato (s) de la solicitud;
- La documentación (ver 5.3);
- Los documentos esenciales deben ser enviados en idioma español;
- Se deben enviar tres (3) copias de buena calidad del protocolo completo y del consentimiento informado;
- La fecha límite para el envío de la solicitud es de quince (15) hábiles antes de la fecha de revisión;
- Mediante nota, por correspondencia o fax o e-mail se le comunicará a los investigadores la recepción y aceptación de las solicitudes, incluyendo el comunicado de una solicitud incompleta;
- El tiempo esperado para la notificación de una decisión después de la evaluación del protocolo será de cuarenta y ocho (48) horas;

5.3 Documentación

El solicitante deberá enviar todos los documentos requeridos para una revisión minuciosa y completa de los aspectos éticos de la investigación propuesta. Dichos documentos deberán incluir, pero no estarán limitados a:

- Formato de solicitud firmado y fechado;
- El protocolo de la investigación propuesta (claramente identificada y fechada), junto con documentos de apoyo y anexos;
- Un resumen (evitando en la medida de lo posible el lenguaje técnico), sinopsis, o representación en diagrama (“flujograma”) del protocolo;
- Una descripción (generalmente incluida en el protocolo) de las consideraciones éticas que involucre la investigación;
- Formato de reporte de casos, tarjetas de notas, agendas o formatos de diarios y los cuestionarios destinados a los participantes en la investigación;
- Un resumen adecuado, cuando una investigación incluya el estudio de un producto (como un fármaco o equipo bajo investigación), de los datos disponibles de seguridad, farmacología y toxicología estudiados del producto, junto con un resumen de la experiencia clínica del producto a la fecha (ej.: apuntes recientes del investigador, datos publicados, un resumen de las características del producto);
- Curriculum vitae del investigador o investigadores (actualizado, firmado y fechado);

- Material que será usado (incluyendo avisos) para el reclutamiento de los potenciales participantes de la investigación;
- Una descripción del proceso usado para obtener y documentar el consentimiento;
- Información escrita y otras modalidades de información para participantes potenciales (claramente identificadas y fechadas), en el idioma (s) comprendido por éstos, y cuando sea necesario, en otros idiomas;
- Formato de consentimiento informado (claramente identificado y fechado), en el idioma (s) entendido por los participantes potenciales en la investigación, y cuando sea necesario, en otros idiomas;
- Una declaración que describa la compensación que se dará a los participantes en el estudio (incluyendo gastos y acceso a atención médica);
- Una descripción de los acuerdos para indemnización, en caso de ser aplicable;
- Una descripción de los acuerdos para cobertura por seguro, en caso de ser aplicable;
- Una declaración del acuerdo del investigador para cumplir con los principios éticos propuestos en documentos y guías pertinentes y relevantes;
- Todas las decisiones significativas previas (ej.: aquéllas que llevan a una decisión negativa o a modificar el protocolo) tomadas por otros CE o autoridades reguladoras
- para el estudio propuesto (en la misma o en otra localidad), y una indicación de la modificación o modificaciones del protocolo realizadas en esa ocasión. Deben exponerse las razones para previas decisiones negativas.

6. REVISIÓN

Todas las solicitudes adecuadamente entregadas deben ser revisadas de acuerdo al procedimiento de evaluación establecido. Sólo serán consideradas para revisión las solicitudes que cumplan con todos los requisitos a partir de la fecha de acuso de recibo.

6.1 Requisitos de las reuniones

El CBI se reunirá regularmente todos los martes con horario de 11:00 a 12:00 meridiano. Los requisitos de las reuniones deben incluir lo siguiente:

- Deben estar programadas de acuerdo con las necesidades y a las cargas de trabajo;
- Los miembros del CBI tienen dos (2) semanas, previo a las reuniones, para revisar los documentos;
- Las observaciones y decisiones se registrarán en el acta de las reuniones que deberá ser aprobado por mayoría en la reunión subsiguiente.
- El solicitante, patrocinador y/o investigador pueden ser invitados a presentar la propuesta o a profundizar en cuestiones específicas del mismo;
- Los consultores independientes pueden ser invitados a las reuniones o a presentar comentarios escritos, sujetos a los acuerdos de confidencialidad aplicables al resto de los miembros del CE.

6.2 Elementos de la Revisión

6.2.1 Diseño Científico y Conducción del Estudio

- Lo adecuado del diseño del estudio en relación con sus objetivos, la metodología estadística (incluyendo el cálculo del tamaño de la muestra), y el potencial para alcanzar conclusiones sólidas con el menor número de participantes en la investigación;

- El peso de la justificación de riesgos previsible e inconvenientes, contra los beneficios anticipados para los participantes y las comunidades comprometidas y a las cuales concierne la investigación;
- La justificación para el uso de grupo control;
- Criterios para el retiro prematuro de participantes de la investigación;
- Criterios para suspender o terminar completamente la investigación;
- Disposiciones adecuadas para monitorizar y auditar el desarrollo de la investigación, incluyendo la constitución de una junta de monitorización de la seguridad
- de los datos;
- Lo adecuado del sitio de la investigación, incluyendo equipo de apoyo, instalaciones disponibles y procedimientos de urgencia;
- La forma en que los resultados de la investigación serán reportados y publicados.

6.2.2 Reclutamiento de Participantes en la Investigación

- Características de la población de la que se extraerán los participantes de la investigación (incluyendo sexo, edad, educación, nivel económico, y etnia);
- Los medios por los cuales el contacto inicial y el reclutamiento serán conducidos;
- Los medios por los cuales la información completa será comunicada a los y las potenciales participantes de la investigación o sus representantes;
- Criterios de inclusión de los participantes de la investigación;
- Criterios de exclusión de los participantes de la investigación.

6.2.3 Cuidado y Protección de los Participantes en la Investigación

- Lo adecuado del investigador en cuanto a su acreditación académica y la experiencia del investigador o investigadores del estudio propuesto;
- Especificar el plan, en caso de haberlo, para interrumpir o negar terapias estandarizadas para la investigación propuesta, y la justificación para tal acción;
- La atención médica que será proporcionada a los participantes en la investigación durante y después de la misma;
- Lo adecuado de la supervisión médica y el apoyo psicosocial para los participantes en la investigación;
- Pasos que deberán llevarse a cabo en caso de que los participantes en la investigación se retiren voluntariamente durante el curso de ésta;
- Los criterios para extender el acceso, para el uso de urgencia y/o para el uso previo a su comercialización y reglamentación, de los productos del estudio;
- Los procedimientos, en caso de ser necesarios, para informar al médico general (médico familiar o de cabecera) del participante de la investigación, incluyendo los procedimientos para obtener el consentimiento del participante para informar a su médico;
- Descripción de los planes para permitir la disponibilidad del producto del estudio a los participantes de la investigación, una vez que ésta concluya;
- Descripción de cualquier costo económico que pudiera haber para los participantes en la investigación;
- Recompensas y compensaciones a los participantes en la investigación (incluyendo dinero, servicios, y/o regalos);
- Medidas para compensación/tratamiento en el caso de daño/invalidez/muerte del participante atribuible a su participación en la investigación;
- Convenios de seguro e indemnización.

6.2.4 Protección de la Confidencialidad del Participante en la Investigación

- Relación de las personas que tendrán acceso a los datos personales de los participantes en la investigación, incluyendo historias clínicas y muestras biológicas;
- Medidas que se llevarán a cabo para asegurar la confidencialidad y seguridad de la información personal de los participantes en la investigación;

6.2.5 Proceso de Consentimiento Informado

- Descripción completa del proceso para obtener el consentimiento informado, incluyendo la identificación de los responsables de obtener el consentimiento;
- Lo adecuado, completo y comprensible de la información escrita y oral que se dará a los participantes en la investigación y, cuando sea necesario, a su (s) representante (s) legal (es);
- Clara justificación para incluir en la investigación a individuos que no puedan dar su consentimiento, y una descripción completa de los arreglos para obtener el consentimiento o autorización de la participación de dichos individuos;
- Seguridad de que los participantes recibirán información conforme se vaya haciendo disponible, relacionada con su participación durante el curso de la investigación
- (incluyendo sus derechos, seguridad y bienestar);
- Los arreglos dispuestos para recibir y responder preguntas y quejas de los participantes o de sus representantes durante el curso de la investigación;

6.2.6 Estudios Comunitarios

- Impacto y relevancia de la investigación sobre las comunidades de las cuales serán elegidos los participantes en la investigación, así como para aquellas a quienes concierne la investigación;
- Pasos y medidas tomadas para consultar con las comunidades involucradas durante el proceso de diseño de la investigación;
- Influencia de la comunidad en el consentimiento de los individuos;
- Consultas a la comunidad propuestas durante el curso de la investigación;
- Medida en la que la investigación contribuye a la capacitación de recursos humanos y materiales, incluyendo el mejoramiento del sistema de salud, a la investigación, y a la posibilidad de responder a necesidades de salud pública;
- Descripción de la disponibilidad de cualquier producto exitoso del estudio que sea útil a las comunidades involucradas, después de la investigación;
- La manera en que los resultados de la investigación se harán disponibles a los participantes en la investigación y a las comunidades involucradas.

Fuente: ICGES

III. GUÍA PARA LA INVESTIGACIÓN DE BROTES

A. Propósitos:

Contribuir con la intervención oportuna para el control de la diseminación de una enfermedad o de una exposición nociva.

B. Estrategias:

1. Todo rumor debe investigarse rápidamente.
2. La investigación será presencial y en equipo
3. Confirmar rápidamente la existencia o no del brote
4. Indicar las medidas de control que deben establecerse urgentemente.
5. Conceptualizar el brote como cualquier proceso de aparición brusca, en número superior al esperado en ese momento, población y lugar específico.

C. Objetivos:

1. Adoptar medidas eficaces de prevención y control mediante la identificación y conocimiento de los factores que determinen la ocurrencia de un brote.
2. Identificar factores que puedan condicionar la aparición de brotes futuros, para intervenir oportunamente.
3. Evaluar la aplicación de medidas eficaces de control, de bajo costo y que tengan aceptación de la población.

LINEAMIENTOS PARA LA INVESTIGACIÓN DE BROTES

C=CENTRAL, R=REGIONAL, L=LOCAL.

RESPONSABILIDADES	C-R-L
1. A nivel nacional, regional y local, se conformarán equipos de movilización y respuesta rápida que estarán integrados al menos por las siguientes instancias: a. Nivel Gerencial (Nacional, Regional, o Local según nivel de acción) b. Administración c. Epidemiología d. Laboratorio e. Atención (población y ambiente) f. Contingencia	x x x
2. Los llamados a reunión del equipo de movilización se harán a través de la Dirección del nivel correspondiente, a petición del epidemiólogo o cualquier otra autoridad del nivel jerárquico de dirección o superior.	x x x
3. Cada uno de los participantes del equipo de movilización contará con una lista detallada de direcciones personales y laborales, teléfonos personales y laborales (fijos y móviles), que permita localizar a los miembros inmediatamente.	x x x
4. El sitio de reunión será la Dirección u otro asignado por el director.	x x x
5. La administración deberá proveer los fondos y recursos que permitan el traslado inmediato, al sitio más distante dentro de la jurisdicción, con viáticos para el equipo.	x x x
6. Todos los reportes del equipo de movilización deberán hacerse a través del Director, o la persona que explícitamente éste delegue para tal fin.	x x x
7. Definir autoridades e instancias a reportar regularmente sobre la situación, por la vía más rápida, la periodicidad dependerá de la gravedad del evento.	x x x
8. La Dirección deberá concertar por adelantado y a la brevedad posible, una reunión con las autoridades de la localidad donde se están presentado los problemas con potencial epidémico.	x x x
9. El epidemiólogo hará una revisión rápida y actualizada del problema, para discusión con el equipo de movilización y presentación a las autoridades de áreas afectadas.	x x x
10. El epidemiólogo deberá documentar y presentar al equipo de movilización las razones y propósitos de la investigación incluyendo las instancias o recursos adicionales que se anticipan como indispensables para la investigación. Es recomendable incluir la estimación de recursos extra-presupuestarios necesarios.	x x x
11. Atención (población y ambiente), Laboratorio y Contingencias deberán organizar y preparar los equipos de trabajo o recursos que se anticipan como indispensables para la investigación e intervenciones.	x x x

12. De acuerdo con el potencial epidémico del problema, el grupo de movilización identificará los contactos primarios que son necesarios para abordar el control de la situación y los recursos locales disponibles para mitigar la situación.	x x x
13. El grupo de movilización deberá revisar y reconocer los temas sensitivos y problemas potenciales con instituciones e individuos para indicar posibles maneras de confrontarlos.	x x x
14. Se definirá un esquema y cronograma de la investigación y del reporte de la situación con potencial epidémico.	x x x
15. Se elaborará un informe escrito preliminar para las autoridades superiores, que se enviará inmediatamente por la vía más rápida, y que contemple de forma resumida los siguientes puntos:	x x x
a. Las razones de activación del equipo de movilización y la fuente.	x x x
b. Resumen actualizado del problema.	x x x
c. Las razones y propósitos de la investigación y los equipos de trabajo o recursos adicionales que se anticipan como indispensables para la investigación. Incluye, si es necesario, estimación de recursos extra-presupuestarios.	x x x
d. Los temas sensitivos y problemas potenciales con instituciones e individuos y las posibles maneras de confrontarlos.	x x x
e. El esquema y cronograma de la investigación y del reporte de la situación con potencial epidémico	x x x
f. Las recomendaciones preliminares las tareas realizadas y pendientes.	x x x
16. Se elaborará un informe escrito final para las autoridades superiores e instancias correspondientes cumpliendo lo establecido en la siguiente sección.	x x x

INVESTIGACIÓN DE BROTES

C=CENTRAL, R=REGIONAL, L=LOCAL, ENFER=ENFERMERA,
 ESTAD=ESTADÍSTICO, LABOR=LABORATORISTA, ASS=ASISTENTE Y/O INSPECTOR

RESPONSABILIDAD	MEDIC			ENFER			ESTAD			LABOR			ASS
	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	L
1. Ubique correctamente la dirección donde se dio el brote.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Verifique en la literatura (ej: control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre, Publ. OPS # 538) las características generales del posible problema implicado en el brote.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Evalúe preliminarmente la información disponible para establecer:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.1. La naturaleza de la infección o del evento.													
3.2. La magnitud y gravedad del problema.													
3.3. La existencia o no de una epidemia. Requiere conocimiento de la frecuencia habitual de la infección.													
3.4. Las medidas de control de la prevención que deben establecer inmediatamente.													
3.5. La necesidad de notificar y consultar a otras personas.													
3.6. Una definición operativa (clínica y epidemiológica) de la infección para investigar su extensión y características epidemiológicas.													
4. Maneje los datos existentes con la intención de determinar la fecha y hora de inicio del problema:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.1. Elabore una curva epidémica.													
4.2. Prepare mapas para distribuir los casos por cubículos, salas, servicios, localidades.													
4.3. Distribuya los casos por edad, sexo, diagnóstico de base, tipo de procedimiento quirúrgico, etc.													
4.4. Intente responder cuando se dio la exposición. Si es posible calcule tasas de ataque (#enfermos/población expuesta).													
4.5. Evalúe posibles mecanismos de transmisión.													
4.6. Procure características comunes y/o excepciones inusuales.													
5. Formule hipótesis tentativas. Determine la fuente más probable de infección, método de diseminación y posible control.	X	X	X	X	X	X							
6. Pruebe las hipótesis tentativas.	X	X	X	X	X	X							
6.1. Busque casos adicionales, evalúe todos los datos, aplique investigaciones de laboratorio.													
6.2. Para las hipótesis tentativas ejecute estudios retrospectivos de casos y testigos (resultan más rápidos y baratos).													
6.3. Calcule tasa de ataque en expuestos (casos) y tasa de ataque en no expuestos (testigos).													
6.4. Estime el riesgo relativo para señalar la exposición de mayor peligro de enfermar.													

Sección 1.01 INVESTIGACIÓN DE BROTES

C=CENTRAL, R=REGIONAL, L=LOCAL, ENFER=ENFERMERA,
ESTAD=ESTADÍSTICO, LABOR=LABORATORISTA, ASS=ASISTENTE Y/O INSPECTOR

RESPONSABILIDAD	MEDIC			ENFER			ESTAD			LABOR			ASS
	C	R	L	C	R	L	C	R	L	C	R	L	L
7. Formule conclusiones y elabore aplicaciones prácticas para el control. Desarrolle la vigilancia y control para evaluar las medidas aplicadas y las prácticas hospitalarias.	X	X	X	X	X	X				X	X	X	
8. Redacte el informe de acuerdo a los siguientes apartados:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8.1. Introducción													
8.2. Características del lugar													
8.3. Metodología:													
a) Criterio de definición de caso.													
b) Métodos de diagnósticos complementarios.													
c) Quién y cómo localiza a los casos													
d) Cómo se realizó la encuesta.													
e) Método para confirmar el brote.													
f) Método para calcular el periodo de incubación.													
g) Método de análisis													
h) Limitantes													
8.4. Resultados													
8.5. Discusión													
8.6. Conclusiones													
8.7. Medidas de control													
8.8. Recomendaciones													
8.9. Agradecimiento													
8.10. Bibliografía													
9. Divulgué la información al equipo de salud, a los involucrados y a los interesados claves.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

IV. GUIA PRACTICA PARA LA ELABORACIÓN DE UN ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS)

I. DEFINICION

Los ASIS son procesos analítico sintéticos de diversa naturaleza mediante los cuales se puede caracterizar, medir y explicar el perfil de salud – enfermedad de una población. Este perfil salud – enfermedad incluye la descripción y análisis de los daños, de los problemas de salud y sus determinantes tomando en consideración el principio de multicausalidad, por lo cual las condicionantes y determinantes de la salud se dan en el conjunto social y las intervenciones para su control son competencia del sector salud o cualquier otro sector. Mediante esta metodología se estudia la interacción entre las condiciones de vida y el nivel de salud de una unidad geográfico – poblacional o geográfico – política. (OPS, 1999)

El ASIS también incluye la caracterización de la oferta de los servicios de salud.

II. PROPÓSITO

Aportar elementos objetivos que faciliten la formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; a la comunidad y al equipo de salud en un espacio geográfico poblacional.

III. OBJETIVO GENERAL

1. Caracterizar la situación de salud de la población que permita aportar elementos para una conducción y gerencia en salud informada y orientada a satisfacer las necesidades de salud de la población y del ambiente.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar la demanda de salud de la población.
2. Identificar y caracterizar los grupos sociales prioritarios y los espacios geográfico poblacionales de mayor riesgo para la salud de la población y ambiental.
3. Apoyar el proceso de planificación, seguimiento y evaluación de las políticas, planes, programas, proyectos.
4. Orientar la búsqueda de estrategias e intervenciones específicas con evidencia científica demostrada.
5. Evaluar la red de oferta de servicios del sistema de salud en términos de eficiencia, eficacia, equidad y calidad.
6. Contribuir con información que oriente la cooperación técnica y financiera; la coordinación y articulación inter e intra sectorial y la participación social en la gestión de salud

V. METODOLOGIA

La elaboración del ASIS contempla los siguientes aspectos:

1. **La Situación General del País/Región/área:** La descripción de la situación general implica analizar:

- ✓ La estructura política, económica y social del país/región/área.
- ✓ La forma en que ésta influye en la organización del sistema de atención de salud y en el estado de salud de la población.
- ✓ Características Demográficas: Migración, Mortalidad y Nacimientos

Fuente:

- ✓ Estadísticas Económicas. Contraloría General de la República (CGR)
- ✓ Encuestas de Hogares. (CGR)
- ✓ Presupuestos y fuentes de financiamiento. Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) – Ministerio de Salud (MINSA) – Caja de Seguro Social (CSS) – Patronatos – Entidades Privadas.
- ✓ Índice de Desarrollo Humano. PNUD
- ✓ Estadísticas Vitales y Censos. (CGR)
- ✓ Encuesta de Niveles de Vida. (MEF)
- ✓ Grupos Focales

2. **Información sobre el estado de salud de la comunidad:** Esta información contribuye en la caracterización de la demanda en términos de la morbi-mortalidad de la población y se logra mediante la aplicación de medidas estadísticas, tales como:

a. Información sobre estado y estructura de salud.

- ✓ Tasas de mortalidad y morbilidad general, por sexo, edad y causa específica.
- ✓ Mortalidad y morbilidad en grupos humanos específicos
- ✓ Expectativa de Vida
- ✓ Años de Vida Potencialmente Perdidos
- ✓ Índice de muertes innecesarias.
- ✓ Grupos de diagnóstico mayor grupos relacionados de diagnóstico
- ✓ Tendencias lineales, bivariadas y multivariadas que son aplicadas luego de un proceso de priorización que toma como insumo el análisis estadístico previo y más simplificado.

Fuente:

- ✓ Registro Nacional de Mortalidad. (CGR)
- ✓ Base de datos de mortalidad. (CGR. DATS-MINSA)
- ✓ Bases de datos de morbilidad (DATS-MINSA, CSS y Unidades Ejecutoras Locales)

- ✓ Historia Clínica Perinatal Base (DATS-MINSA, CSS y Unidades Ejecutoras Locales)
- ✓ Estadísticas y Censo. (CGR)
- ✓ Encuesta de Niveles de Vida. (MEF)
- ✓ Ventanas Epidemiológicas

b. Información sobre estilos de vida:

- ✓ Consumo de drogas, alcohol, tabaco
- ✓ Stress, hábitos alimentarios y situación nutricional
- ✓ Conductas del conductor
- ✓ Violencia
- ✓ Actividad Física

Fuente:

- ✓ CONAPRED
- ✓ CONADEC
- ✓ Ventanas Epidemiológicas sobre Consumo de Drogas
- ✓ Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) – MINSA
- ✓ Patronato Nacional de Nutrición (PRONAN)
- ✓ Encuesta de Niveles de Vida - MEF
- ✓ Encuesta de Alimentación y Nutrición. MINSA
- ✓ Sistema de Información. Dirección Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre (DNTTT)
- ✓ Estadísticas Vitales. CGR
- ✓ Sistema de Información de Violencia Intrafamiliar - MINSA
- ✓ Ventanas Epidemiológicas de Violencia
- ✓ Auditorias de Provisión de Servicios. Monitoreo y Evaluación.
- ✓ Encuestas sobre prevalencia de factores de riesgo a la salud

c. Información sobre biología humana:

Este tipo de información es requerida para identificar grupos de riesgo de enfermedad y/o morir por una determinada condición patológica o dar información sobre características básicas de la población relacionadas con su condición de salud.

- ✓ Sexo
- ✓ Edad
- ✓ Raza
- ✓ Grupos étnicos
- ✓ Riesgos genéticos

Fuente:

- ✓ Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República
- ✓ Censos Nacionales de Población y Vivienda. Contraloría General de la República.
- ✓ Investigaciones Genéticas. MINSA – CSS – Otras Instancias

d. Información Ambiental

- ✓ Condiciones del agua, aire, suelos y producción de alimentos.
- ✓ Condiciones generales del clima
- ✓ Prevalencia de insectos, roedores y otro tipo de vectores que representen riesgos sobre la salud de la población (zoonosis).
- ✓ Calidad general del ambiente
- ✓ Datos de vivienda que reflejen su calidad (características urbanísticas).
- ✓ Conexión de servicios públicos
- ✓ Planificación urbana y tipo de construcción (restricciones sociales).
- ✓ Red vial
- ✓ Necesidades psicológicas y satisfacciones.
- ✓ Salud Ocupacional
- ✓ Vulnerabilidad poblacional a emergencias o desastres.

Fuente:

- ✓ Instituto Especializado de Análisis. UNIPAN
- ✓ Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM)
- ✓ Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud
- ✓ Meteorología de Electra Noreste
- ✓ Centro de Agua para el Trópico Húmedo (CATHALAC)
- ✓ Universidad Tecnológica de Panamá
- ✓ Sistema de Vigilancia y Control de Vectores y Zoonosis. MINSa
- ✓ Censos de Población y Vivienda. (CGR)
- ✓ Encuestas de Hogares. (CGR)
- ✓ Ministerio de Vivienda. Dirección de Urbanismo
- ✓ Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN)
- ✓ Empresas de telefonías y de electricidad.
- ✓ Electrificación Rural – Ministerio de la Presidencia
- ✓ Informes de Fondo de Inversiones Sociales (FIS)
- ✓ Ministerio de Obras Públicas. Dirección de Transporte
- ✓ Encuestas de Satisfacción del Usuario. CSS – MINSa
- ✓ Encuestas de Mercadeo - Entidades Privadas de Salud
- ✓ Encuestas de Niveles de Vida
- ✓ Salud Ocupacional. CSS y MINSa
- ✓ Protección Civil
- ✓ Contingencias de Salud

e. Indicadores sociales

- ✓ Nutrición
- ✓ Relación ingreso-egreso (riqueza, empleo, suplementos del ingreso).
- ✓ Salud mental y física
- ✓ Educación: niveles, duración y calidad.
- ✓ Orden social, crimen y delincuencia, orden público y seguridad.
- ✓ Urbanización.

Fuente:

- ✓ PRONAN
- ✓ Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. MINSA
- ✓ Encuesta de Niveles de Vida. MEF
- ✓ Encuesta de Hogares (CGR)
- ✓ Encuestas de Bolsillo (CGR)
- ✓ Sistema de Información de Estadísticas de Salud. DATS-MINSA - CSS
- ✓ Bases de datos. Ministerio de Educación (ME)
- ✓ Informes de Anuales. (ME)
- ✓ Censo de Población y Vivienda
- ✓ Encuesta de Niveles de Vida
- ✓ Estadísticas Vitales. CGR
- ✓ CONADEC, PTJ , Corregidurías, Ministerio Público.
- ✓ Ministerio de Vivienda, Municipios.

- 3. Información sobre sistemas de salud:** Con la finalidad de caracterizar la oferta de servicios que entrega el Sistema Nacional de Salud, el cual incluye las entidades públicas y privadas, han de considerarse las siguientes variables:

a. Datos sobre utilización de servicios:

- ✓ Admisiones hospitalarias
- ✓ Egresos hospitalarios
- ✓ Registros por causas, de consultas ambulatorias.
- ✓ Medidas de accesibilidad geográfica, económicas, social, cultural (ej: distancia en tiempo y espacio, tradiciones, costos, etc.).
- ✓ Oferta de servicios (limitaciones).

Fuente:

- ✓ Anuario Estadístico. Regiones. DATS-MINSA – CSS – Entidades Privadas
- ✓ Bases de Dato de Egresos Hospitalarios. DATS –MINSA - CSS – Unidades Ejecutoras Locales Públicas y Privadas
- ✓ Bases de Datos del Primer y Segundo Nivel de Atención Ambulatoria. DATS –MINSA - CSS – Unidades Ejecutoras Locales Públicas y Privadas
- ✓ Estudio de Accesibilidad. Regiones de Salud. RRHH-MINSA
- ✓ Encuesta de Carteras de Servicios.
- ✓ Análisis Prospectivo de la Red de Servicios. MINSA
- ✓ Ventanas Epidemiológicas y de Gestión.
- ✓ Grupos Focales

a- Disponibilidad tecnológica y de recursos:

- ✓ Caracterización del sector salud (lo público y lo privado)
- ✓ Recursos institucionales como: camas, instalaciones sanitarias por nivel atención y complejidad (hospitales, policentros, centros,

- subcentros y puestos de salud, policlínicas, ULAPS, CAPS, dispensarios).
- ✓ Recursos humanos (cantidad, tipo, entidad contratante y otras) Estos consideran personal médico, de enfermería, odontólogos, administrativos, técnicos de salud y otros)
 - ✓ Calidad de los recursos (tecnología y conocimiento).

Fuente:

- ✓ Memorias Anuales. MINSA -CSS
- ✓ Documentos de Reforma. MINSA
- ✓ Marco Legal (Constitución Nacional de la República, Código Sanitario y otras leyes y reglamentos)
- ✓ Informe Básico de Gestión Hospitalaria. Hospitales Nacionales y Regionales. DATS-MINSA
- ✓ Inventario de Recursos MINSA - CSS
- ✓ Catastro de Infraestructura Sanitaria. Dirección de Infraestructura Sanitaria (DIS) del MINSA y de la CSS
- ✓ Encuesta Anual de Instalaciones de Salud. DATS-MINSA
- ✓ Encuesta Nacional de Recursos Humanos (MINSA-CSS). DATS – Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos.

b- Datos de Costos:

- ✓ Costos de la atención médica
- ✓ Financiamiento del sector salud
- ✓ Costos sociales indirectos (salarios perdidos y pérdida de productividad) Ajustados * tasa de desempleo.
- ✓ Costos indirectos atribuidos a inversiones de personas (enfermedad o muerte prematura).
- ✓ Costos de los programas de promoción de la salud de las personas y del ambiente
- ✓ Costos en seguridad social o de otro tipo.

Fuente:

- ✓ Sistema de Compensación de Costos. MINSA-CSS
- ✓ Sistema de Información Gerencial – WINSIG. DATS – MINSA - CSS
- ✓ Ley de Presupuesto. MINSA – CSS – Otras Instituciones
- ✓ Proyectos de Inversión. Presupuestos – MINSA - CSS
- ✓ Análisis de las Fuentes de Cooperación Externa (OPS, Salud Rural, BID y otras agencias cooperantes).
- ✓ Informe Económico. CGR - MEF
- ✓ Encuesta de Hogares. CGR
- ✓ Anuario Estadístico. MINSA - CSS

ANEXO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

ASPECTOS BÁSICOS QUE DEBE CONTENER TODO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PARA QUE ORIENTE ADECUADAMENTE LAS ACCIONES DE SALUD:

- Característica territoriales, ubicación, extensión, límites
- Aspectos demográficos
- Aspectos económicos
- Aspectos socioculturales
- Panorama de factores de riesgos
 - Ambientales
 - Asociados al consumo y estilos de vida
 - Otros
- Perfil de la morbimortalidad
 - Morbilidad
 - Mortalidad
 - Otros eventos de importancia en Salud Pública
- Perfil de las ofertas de Servicios de Salud
- Análisis de la gestión en salud de la Región y su relación con la salud pública (en especial).

V. FORMATOS EPIDEMIOLOGICOS

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

**DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO
A LA SALUD Y ENFERMEDADES (DVFPRSE)**

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

FORMATO DE MONITOREO Y EVALUACION AL NIVEL REGIONAL

Instrucciones Generales.

Para el proceso de monitoreo y evaluación al nivel regional se aplicará la estrategia de supervisión capacitante, con base en la respuesta a los siguientes formato: monitoreo y evaluación regional, informe ejecutivo de la situación encontrada y guía operativa de supervisión del PAI. El proceso será realizado por funcionarios del nivel central en conjunto con los responsables de la vigilancia epidemiológica y el PAI en el nivel regional, tomando en cuenta lo realizado durante el último año calendario. Se gestionará una sesión conjunta, para el final de la supervisión, entre los responsables del proceso de evaluación, el resto del equipo regional y con la participación del director(a) regional y la administración.

Para el llenado de los formatos se realizará un entrevista interactiva con la participación de todos los funcionarios del nivel regional asignados a las acciones de vigilancia epidemiológica y al programa ampliado de inmunizaciones. Se apoyarán las respuestas mediante la revisión de informes, documentos e instrumentos epidemiológicos o de trabajo pertinentes, para la verificación de las respuestas. También se escogerá al azar un nivel local de atención para la aplicación del formato guía operativa de supervisión del PAI.

Luego de la(s) sesión(es) de trabajo de llenado de los formatos aplicables y sesiones capacitantes al nivel regional y la visita al nivel local, en conjunto, se confeccionará el informe ejecutivo de la supervisión, éste se hará por triplicado, una copia para el(los) supervisor(es) nacional(es), otra para el equipo de epidemiología regional y una copia para el director regional. Se procederá a realizar la sesión conjunta, con el personal de la Región, responsables de programas y departamentos, a fin de dar a conocer los resultados y plantear estrategias dirigidas con la premisa de que el trabajo en equipo es vital para el logro de los objetivos de la vigilancia epidemiológica y del PAI.

Nota: se enviará copia del informe, a los niveles locales que participaron en la supervisión.

DATOS GENERALES.

Región de Salud: _____

Población de responsabilidad: _____

Superficie: _____

Densidad de Población: _____

Conformación de la Red de Servicios de Salud en la región según tipo:

-Servicios Públicos: a) Hospitales según tipo: _____

b) Instalaciones de Atención Primaria según tipo: _____

-Servicios Privada según tipo: _____

-Otros: _____

Recurso Humano asignado a las acciones de Vigilancia Epidemiológica y PAI a nivel regional.

Nombre	Profesión	Cargos	Tiempo Asignado
--------	-----------	--------	-----------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

II. VIGILANCIA PASIVA

Cuentan con las Normas de Vigilancia Epidemiológicas: Si___ No___ Muestre cuales. El supervisor verificará si falta alguna de las normas existentes, anotar cuales:

-N° de instalaciones de salud en la región para la notificación semanal de la vigilancia epidemiológica: _____-Porcentaje del total de instalaciones existentes: _____

-Porcentaje promedio de notificación regional semanal: _____

-Periodicidad con que el laboratorio regional reporta las enfermedades de notificación obligatoria que capta para apoyar la vigilancia epidemiológica:

DIARIA ___ SEMANAL___ MENSUAL___ OTRA___(revisar evidencias)

ESPECIFIQUE: _____

-Qué otros laboratorios le reportan:

-En que otra forma participan los laboratorios en la vigilancia (revisar evidencias).

-Dificultades de diagnóstico de laboratorio más frecuentes: (especificar)

Recursos humanos _____

Insumos _____

Transporte _____

Otros: _____

-Reportan los Bancos de Sangre los resultados de las pruebas de:

Hepatitis B: Si___ No___ Presente último reporte:

Fecha:_____

Hepatitis C: Si___ No___ Presente último reporte:

Fecha:_____

Enf. De Chagas: Si___ No___ Presentó último reporte:

Fecha:_____

VIH: Si___ No___ Presente último reporte:

Fecha:_____

Sífilis: Si___ No___ Presente último reporte:

Fecha:_____

Otras: _____

Quién(es) realiza(n) la consejería preprueba:

Quién realiza la consejería postprueba:

Quién realiza la búsqueda de casos positivos:

Porcentaje de hospitales que cuentan con Comité de IN activo: ___% (___/___)

Porcentaje de hospitales que reportan mensualmente el informe de la vigilancia de las infecciones nosocomiales: ____% (____/____)

Porcentaje de instalaciones de atención ambulatoria que reportan mensualmente el informe de la vigilancia de las infecciones nosocomiales: ____% (____/____)

Periodicidad con que reciben los informes de Registro Medico y Estadística de las enfermedades de notificación obligatoria:

DIARIA: ____ SEMANAL ____ MENSUAL ____ OTRA ____ (revisar evidencias)

ESPECIFIQUE: _____

Principales dificultades/limitantes en el sistema de información: _____

Tres principales fallas/dificultades del sistema de vigilancia epidemiológica:

Estrategias que se han efectuado para corregir las deficiencias detectadas del sistema de la vigilancia epidemiológica:

Estrategia	Resultados	Comentarios

Análisis de la información epidemiológica en el nivel regional:

-Existen las curvas endémicas de: (revisar evidencias).

• EDA: Si__ No__ Actualizadas: Si__ No__ NO APLICA__

• Influenza: Si__ No__ Actualizadas: Si__ No__ NO APLICA__

• Febriles: Si__ No__ Actualizadas: Si__ No__ NO APLICA__

• Malaria: Si__ No__ Actualizadas: Si__ No__ NO APLICA__

• Dengue: Si__ No__ Actualizadas: Si__ No__ NO APLICA__

• De otros problemas priorizados: _____

Vigilancia de los Febriles: (revisar evidencias).

-No. de muestras de gota gruesa por malaria: _____

-% de Índice de Exámenes de Sangre (IES) por Malaria regional: _____

-No. de pruebas de dengue tomadas:

_____ Negativas: _____ Positivas: _____ Indeterminadas _____

Análisis de los febriles:

Periodicidad: _____

Usos:

-Nivel regional _____

-Nivel local _____

II. VIGILANCIA ACTIVA:

Tiene las de datos especiales (manuales o en página electrónica) para:

ENFERMEDAD	BASE DE DATOS		EXISTENCIA DE INFORMES PERIODICIDAD	OBSERVACIONES
	SI	NO		
TBC				
DENGUE				
SIDA				
VIH				
IAP'S				
SARAMPION				
RUBEOLA				
SIFILIS CONGENITA				
MENINGITIS POR H. INFLUENZAE				
NEUMONIA POR S. NEUMONIAE				

-Porcentaje de casos sospechosos de sarampión investigados en 48h: ____% (___/___)

Condicionante de indicador

anterior: _____

: _____

-Porcentaje de casos sospechosos de sarampión con formulario adecuado: ____%(___/___) y adecuadamente llenados: ____% (___/___).

Condicionante de indicadores

anteriores: _____

-Porcentaje de casos de dengue captados por nexo epidemiológico:

____%(___/___)

-% de casos sospechosos de dengue clasificados como indeterminados

____%(___/___)

Condicionantes: _____

III. Uso de la Vigilancia Centinela (VC):

- Cuántas(os) TCS con VIH/SIDA se han captado por la Clínica de Higiene Social:
- Cuántas embarazadas con VIH/SIDA se han captado mediante el control prenatal:
- Otros problemas que se vigilan por VC:

-Informe de la vigilancia centinela en el periodo: Si__ No__ Uso:_____

IV. Vigilancia Comunitaria:

Número de rumores comunitarios captados: ____

Porcentaje de rumores confirmados ____%(____/____)

Principales problemas de salud captados mediante la participación comunitaria:

V. Vigilancia Microbiológica:

Principales agentes microbiológicos con resistencia microbiológica reportados por las instalaciones de salud:

VI. INVESTIGACIÓN DE BROTES:

Recordar: ETA, ENFERMEDADES VECTORIALES, IAP´S, INFECCION NOSOCOMIAL, PREVENIBLES POR VACUNAS, ENTRE OTRAS.

BROTES/EPIDEMIAS*	FECHA	BROTES/EPIDEMIAS INVESTIGADOS	CON INFORME	
			DE NOTIF.	FINAL

VII. MORTALIDAD:

CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTES EN EL AÑO ANTERIOR:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

AUDITORIA DE DEFUNCIONES:

CAUSA DE MUERTE	No. DE DEFUNCIONES	INVESTIGADAS	Factor de Riesgo*
MATERNA			
PERINATAL			
INFANTIL			
Menores de 1 año			
Sínd. De Muerte Inesperada			

*Anotar el principal factor de riesgo condicionante de las muertes según la investigación

NUMEROS DE MUERTES A CAUSA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS EN EL AÑO ANTERIOR:

ENFERMEDAD	CASOS	DEFUNCIONES	DEFUNCIONES INVESTIGADAS	LETALIDAD

VIII. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

1. USO DEL CLM

1. Existe informe del inventario de vacunas e insumos a través del CLM Si: ___ No: ___
 Por qué: _____

2. Verificar con inventario real de existencia: _____

2. EVALUACIÓN DE COBERTURA DE VACUNAS

Coberturas Regionales en el menor de un año.

Tipo de Vacuna(Último):	Año	Semestre	Trimestre	Mes
BCG	_____	_____	_____	_____
PENTA	_____	_____	_____	_____
AS	_____	_____	_____	_____
A. POLIO	_____	_____	_____	_____

Llevan el gráfico de seguimiento regional: Si: ___ No: ___(revisar gráfico)

Coberturas de distritos y/o corregimiento

Periodicidad con que se evalúan las coberturas de vacunas (revisar informes)

SEMANTAL___ MENSUAL___ TRIMESTRAL___ SEMESTRAL ___ ANUAL___

ESPECIFIQUE: _____

¿Forma parte epidemiología del Comité del Programa Escolar? Si___ No___. Indique el porcentaje de cobertura de los niños del programa escolar al inicio del año lectivo vigente o anterior (si es fuera del periodo escolar) para la MMR: _____

Principales limitantes para la evaluación periódica de las coberturas:

Estrategias utilizadas para enfrentar estas limitantes:

PROBLEMA	ESTRATEGIA	RESULTADOS

3. CADENA DE FRIO

Existe un cronograma de supervisión de la cadena de frío a los niveles locales:

Si___ No___ EN caso negativo. Porqué? _____

Grado de avance en el cumplimiento del cronograma de supervisión a los niveles locales en porcentaje

aproximado: _____

Comentarios: _____

Principales fallas detectadas en la cadena de frío en el nivel regional:

Estrategias utilizadas para enfrentar estas limitantes:

PROBLEMA	ESTRATEGIA	RESULTADOS

Cuándo se realizó la última supervisión de la cadena de frío al

DRB: _____

Existe el informe de dicha supervisión: Si__ No__.

Qué se ha cumplido de las recomendaciones presentadas en ese informe:

IX. INVESTIGACIONES

Investigaciones realizadas durante el año. Anotar: título. Adjuntar resumen o conclusiones.

1. _____
2. _____
3. _____

Otras actividades relacionadas realizadas:

1. _____
2. _____
3. _____

X. PLANIFICACIÓN:

1. Dispone de un ejemplar del Plan Operativo Regional: Sí:____ No: _____

2. Especifique la participación de epidemiología en la elaboración del presupuesto regional:

4. Plan de Acción de Epidemiología/PAI del presente año: Sí:____ No: _____

Grado de Cumplimiento de los indicadores a la fecha: _____

5. Cómo se utiliza la información epidemiológica para orientar las acciones de epidemiología: _____

6. Cómo se utiliza la información para orientar las actividades de salud pública en la región o instalación de salud? _____

XI. MONITOREO, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN:

Periodicidad con que se efectúan las evaluaciones/monitoreos a los niveles locales:

Mensual___Trimestral___Semestral___Anual___PRN___

-Cronograma:

Sí___No_____

-Informes de última evaluación/monitoreo: _____ Fecha: _____

Análisis y acciones realizadas en función a los resultados de la última ronda de evaluación/monitoreo _____

Quiénes participan de estas actividades de evaluación/monitoreo a los niveles locales:

Periodicidad de reuniones evaluativas con participación de todo el equipo del nivel regional para el análisis de la situación y toma de decisiones:

Semanal___Mensual___Trimestral___Semestral___Anual___PRN___

Periodicidad con que se efectúan los análisis integrales de la situación regional (ASIS). _____

Mecanismo de información del ASIS a los diferentes niveles: _____

Qué rol tiene epidemiología en la elaboración del ASIS: _____

El Perfil Epidemiológico de su Región con que periodicidad se realiza: _____

Presenté el último perfil: Si__ No__ Fecha: _____

Se toman decisiones con el análisis de situación y perfiles epidemiológicos, mencione y brinde evidencia de esto.

XII. SUPERVISIÓN:

Cuándo fue la ultima supervisión efectuada por el nivel central al nivel regional:

Presente el informe de la última supervisión: Sí: _____ No: _____

Ante los hallazgos de la supervisión anterior indique:

DIFICULTADES	ESTRATEGIAS	RESULTADOS	RECOMENDACIONES

XIII. DIVULGACION.

Regularidad en el recibo de documentos de divulgación del nivel central:

	REGULAR	EVENTUAL	NUNCA
-informes epideiológicos	_____	_____	_____
-resumen ejecutivo semanal	_____	_____	_____
-boletín epidemiológico	_____	_____	_____
-circulares/notas	_____	_____	_____

Cómo se divulga la información consolidada o recibida en el nivel regional:

El nivel regional elabora algún documento de información: Si__ No__
 Periodicidad: _____
 Presentó un ejemplar: Si__ No__ Fecha del documento presentado: _____
 Comentarios: _____

XIV. CAPACITACION

Los técnicos del nivel regional han recibido capacitación en algún aspecto de Epidemiología o relacionado, en el último año: Si_____No_____

TEMATICA ABORDADA	PARTICIPANTES EN LA CAPACITACIÓN

Ha realizado el nivel regional capacitaciones en el último año en relación a algún aspecto de Epidemiología al nivel regional o a los niveles locales: Si__ No__ Temas tratados:

Temas de epidemiología priorizados para capacitación a:
 -nivel regional:

-niveles locales:

XV. Apoyo Logístico.

-Cuál es la disposición de transporte para las acciones de campo.
 Propio__ Apoyo a solicitud:_____ El apoyo se considera: bueno__ regular__ malo__

-Medios de Comunicación:

- teléfono _____
- fax _____
- internet _____
- otros: _____

Comentarios:

-Tipo de disponibilidad de Computadoras para las tareas de vigilancia y el PAI:

Buena__ Regular__ Mala__

Comentarios:

XVI. Acciones de promoción, prevención, docencia y otras. Mencione las principales actividades que realiza o apoya el recurso humano asignado a vigilancia y PAI en los aspectos enunciados, puede agregar los necesarios.

XVII. Programas o proyectos especiales. Indique las responsabilidades del recurso humano asignado a vigilancia y PAI dentro de estos.

Fecha:

Participantes en la actividad:

Muchísimas Gracias por su colaboración.

**MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO A LA SALUD Y ENFERMEDAD(DVFPRE)**

INFORME EJECUTIVO DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA EN LA EVALUACIÓN

REGION DE SALUD: _____ -

FECHA: _____

(1)PRINCIPALES DIFICULTADES	(2)CONDICIONANTES PRINCIPALES de (1)	(3)ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE (2)	COMPROMISOS	RESPONSABLES

Supervisor(a): _____ **Coordinador(a) de Epid. Regional:** _____ **Director(a) Regional** _____

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

**DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO
A LA SALUD Y ENFERMEDADES (DVFPRSE)**

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

FORMATO DE MONITOREO Y EVALUACION AL NIVEL LOCAL

Instrucciones Generales.

Para el proceso de monitoreo y evaluación al nivel local se aplicará la estrategia de supervisión capacitante, con base en la respuesta a los siguientes formato: monitoreo y evaluación local, informe ejecutivo de la situación encontrada. El proceso será realizado por funcionarios del nivel regional en conjunto con los responsables de la vigilancia epidemiológica y el PAI en el nivel local, tomando en cuenta lo realizado durante el último año calendario. Se gestionará una sesión conjunta, para el final de la supervisión, entre los responsables del proceso de evaluación, el resto del equipo de salud y con la participación del director(a) médico y la administración.

Para el llenado de los formatos se realizará una entrevista interactiva con la participación de todos los funcionarios del nivel local asignados a las acciones de vigilancia epidemiológica y al programa ampliado de inmunizaciones. Se apoyarán las respuestas mediante la revisión de informes, documentos e instrumentos epidemiológicos o de trabajo pertinentes, para la verificación de las respuestas.

Luego de la(s) sesión(es) de trabajo de llenado de los formatos aplicables y sesiones capacitantes al nivel local, se confeccionará el informe ejecutivo de la supervisión, éste se hará por duplicado, una copia para el(los) supervisor(es) regionales, otra para el equipo de local. Se procederá a realizar la sesión conjunta, con el personal de la instalación, responsables de programas y departamentos, a fin de dar a conocer los resultados y plantear estrategias dirigidas con la premisa de que el trabajo en equipo es vital para el logro de los objetivos de la vigilancia epidemiológica y del PAI.

DATOS GENERALES.

Región de Salud: _____

Nombre de la instalación: _____

Población de responsabilidad: _____

Conformación de la Red de Servicios de Salud en su sector (distrito, corregimiento) según tipo:

-Servicios Públicos:

a) Hospitales según tipo: Públicos: _____

b) Instalaciones de Atención Primaria según tipo:

Centros de salud _____ Sub centros de salud _____

Puestos de salud _____ CSS: _____

-Servicios Privado según tipo:

Hospitales: _____

Clínicas con hospitalización: _____ Consultorio: _____

Otros:

Recurso Humano que trabaja en las acciones de Vigilancia Epidemiológica y PAI en la instalación:

Nombre

Profesión

I. A. MORBILIDAD GENERAL.

-CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD REGISTRADAS EL AÑO ANTERIOR:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

B. MORTALIDAD GENERAL:

-CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTES EN EL AÑO ANTERIOR:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

ENFERMEDADES OBJETO DE NOTIFICACION OBLIGATORIA

(Registro, Notificación e Investigación en los últimos 12 meses).

ENFERMEDAD	REGISTRADAS NIVEL REGIONAL	REGISTRADAS NIVEL LOCAL	INVESTIGADAS*	CUMPLEN CRITERIO DIAGNOSTICO**
TBC				
TOSFERINA				
P. FLACCIDA AGUDA				
SARAMPIÓN/SOSP.				
RUBÉOLA/SOSP				
TETANOS NEONATAL				
TETANOS ADQUIRIDO				
DENGUE				
D. HEMORRAGICO				
SÍFILIS CONGENITA				
IAP'S				
AMEBIASIS				
HEPATITIS				
M. por H.influenzae				
M. por N. meningitidis				
MENINGITIS VIRAL/ASÉPTICA				
SHIGUELOSIS				
INFLUENZA/GRIPE				
MALARIA				
REACC. ADV. VACUNA				
MORDEDURA DE OFIDIO				
MORD.MURCIELAGO				

*Si son de investigación obligatoria

**Si son objeto de vigilancia especial

II. VIGILANCIA

Cuentan con las Normas de Vigilancia Epidemiológicas: Si___ No___ Muestre cuales (anote las existentes):

Periodicidad con que envían los informes de las enfermedades de notificación obligatoria: (revisar reportes)

DIARIA: ___ SEMANAL___ MENSUAL___ OTRA___

ESPECIFIQUE: _____

Principales dificultades/limitantes en el sistema de información: _____

Tres principales fallas/dificultades del sistema de vigilancia epidemiológica:

Estrategias que se han efectuado para corregir las deficiencias detectadas del sistema de la vigilancia epidemiológica:

Estrategia	Resultados	Comentarios

Análisis de la información epidemiológica en el nivel local

-Existen las curvas endémicas de: (revisar evidencias).

- EDA: Si__ No__ Actualizadas: Si__ No__ No aplica__
- Influenza: Si__ No__ Actualizadas: Si__ No__ No aplica__
- Febriles: Si__ No__ Actualizadas: Si__ No__ No aplica__
- Malaria: Si__ No__ Actualizadas: Si__ No__ No aplica__
- Dengue: Si__ No__ Actualizadas: Si__ No__ No aplica__
- De otros problemas priorizados: _____

Vigilancia de los Febriles: (revisar evidencias)

Curva/Informes:

-No. de muestras de gota gruesa por malaria: _____

Análisis de los febriles:

Periodicidad: _____

Usos: I _____

-Porcentaje de casos sospechosos de sarampión investigados en 48h: ____% (____/____)

Condicionante de indicador anterior:

-No. de pruebas de dengue tomadas: _____

Resultados: Negativas:_____ Positivas:_____ Indeterminadas_____

-Casos de dengue por nexo epidemiológico:

Condicionantes:

-TCS con VIH/SIDA que se han captado por la Clínica de Higiene Social:

-Cuántas embarazadas con VIH/SIDA se han captado mediante el control prenatal:

Número de rumores comunitarios investigados:

Principales problemas de salud captados mediante la participación comunitaria:

V. INVESTIGACIÓN DE BROTES:

BROTES/EPIDEMIAS*	FECHA	BROTES/EPIDEMIAS INVESTIGADOS	CON INFORME(fecha)	
			DE NOTIF.	FINAL

NUMEROS DE MUERTES POR ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS EN EL AÑO ANTERIOR:

ENFERMEDAD	CASOS	DEFUNCIONES	DEFUNCIONES INVESTIGADAS	LETALIDAD

VIII. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

Coberturas en el menor de un año.

Tipo de Vacuna(Último):	Año	Semestre	Trimestre	Mes
BCG	_____	_____	_____	_____
PENTA	_____	_____	_____	_____
AS	_____	_____	_____	_____
A. POLIO	_____	_____	_____	_____

Llevar el gráfico de seguimiento : Si: ___ No: ___(revisar gráfico)

Periodicidad con que se evalúan las coberturas de vacunas (revisar informes, anote fecha)

MENSUAL _____ TRIMESTRAL _____ SEMESTRAL _____ ANUAL _____

Indique cobertura de los niños del programa escolar al último año evaluado.

MMR _____ POLIO _____ Td ADULTO _____

Estrategias utilizadas para enfrentar principales limitantes:

PROBLEMA/LIMITANTE	ESTRATEGIA	RESULTADOS

3. CADENA DE FRIO

¿Recibe supervisión de la cadena de frío por el nivel regional?:

Si ____ No ____ En caso positivo ¿cuándo fue la última? _____

¿Recibió informe de la supervisión? SI ____ NO ____ Fecha: _____

Estrategias utilizadas para enfrentar las limitantes en la cadena de frío:

PROBLEMA	ESTRATEGIA	RESULTADOS

X. PLANIFICACIÓN:

1. Dispone de un POA Local: Sí: ____ No: ____ (revise y anote periodo del mismo)

2. Están contempladas las actividades de EPIDEMIOLOGIA/PAI, en el POA local?:

SI ____ NO ____

3. Cómo se utiliza la información para orientar las actividades de salud pública en su sector de salud? _____

XI. MONITOREO, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN:

Periodicidad con que se efectúan las evaluaciones/monitoreos:

Mensual ____ Trimestral ____ Semestral ____ Anual ____ PRN ____

Quienes lo realizan: regionales ____ o locales: ____, ambos: ____ . Otros: _____

-Informes de última evaluación/monitoreo: _____ Fecha: _____

Acciones realizadas en función a los resultados de la última ronda de evaluación/monitoreo _____

Periodicidad con que se efectúan los análisis integrales de la situación de salud local (ASIS). _____

Qué rol tiene epidemiología en la elaboración del ASIS: _____

Se toman decisiones con el análisis de situación y perfiles epidemiológicos, mencione y brinde evidencia de esto.

XII. SUPERVISIÓN:

Cuándo fue la ultima supervisión efectuada por el nivel regional:

Presente el informe de la última supervisión: Sí: ___ No: ___ Fecha. _____

Ante los hallazgos de la supervisión anterior indique que situaciones han cambiado:

XIII. DIVULGACION.

Regularidad en el recibo de documentos de divulgación:

	REGULAR	EVENTUAL	NUNCA
-informes epidemiológicos	_____	_____	_____
-resumen ejecutivo nacional	_____	_____	_____
-boletín epidemiológico	_____	_____	_____
-circulares/notas	_____	_____	_____

XIV. CAPACITACION

El personal del nivel local han recibido capacitación en algún aspecto de Epidemiología o relacionado, en el último año: Si _____ No _____

TEMATICA ABORDADA	TIPO DE PARTICIPANTES EN LA CAPACITACIÓN

Temas de epidemiología priorizados para futuras capacitaciones a:

XV. Apoyo Logístico.

-Cuál es la disposición de transporte para las acciones de campo.

Buena:___, Regular:___, Mala:_____.

-Medios de Comunicación disponibles: teléfono___ fax___ email___
radio_____ otro o ninguno _____

-Disponibilidad de Computadoras para las tareas de vigilancia y el PAI: SI__ NO__

Comentarios:

XVI. Acciones de promoción, prevención, docencia y otras. Mencione las principales actividades que realiza

Participantes en la Supervisión/Evaluación:

Muchísimas Gracias por su colaboración.

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO A LA SALUD Y ENFERMEDAD(DVFPRE)
INFORME EJECUTIVO DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA EN LA EVALUACIÓN

REGION DE SALUD: _____ **INSTALACION:** _____ **FECHA:** _____

(1)PRINCIPALES DIFICULTADES	(2)CONDICIONANTES PRINCIPALES de (1)	(3)ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE (2)	COMPROMISOS	RESPONSABLES

Supervisor(a): _____ Coordinador(a) de Epid.: _____ Director(a) Local _____

Cont. Cadena de Frío		Ptos.	SÍ	NO	NA	PUNTAJE
19-	Las vacunas están identificadas según remesa	5				
20-	Las vacunas están colocadas en bandejas	5				
21-	Las vacunas están colocadas en los lugares adecuados	5				
22-	Existen espacios libres entre vacunas	5				
23-	Las vacunas permanecen protegidas fuera de la refrigeradora	10				
24-	Para el transporte de vacunas se utilizan neveras, termos o cajas frías					
	(circular la respuesta)					
V. ANÁLISIS (90)						
1-	Se registra la vacunación en el formulario de Registro diario de vacuna	5				
2-	Se elabora un consolidado mensual de vacunas aplicadas	10				
3-	Se envían los consolidados Mensuales al Nivel Nacional en los 20 primeros días del siguiente mes. (revisar archivos último año)	5				
4-	Se analiza el trabajo realizado de acuerdo a los indicadores del PAI	10				
5-	Se investigan los casos y contactos de las enfermedades del PAI. (Solicitar el archivo de casos investigados o en estudio) Sólo nivel Local	10				
6-	Se toman las medidas de prevención y control en caso de las enfermedades del PAI	10				
7-	Búsqueda de inasistentes a vacunar para alcanzar las coberturas	10				
8-	Existe archivo activo, pasivo y de inasistentes	10				
9-	Se maneja correctamente el archivo activo, pasivo y de inasistentes (auditoría)	10				
10-	Se manejan las técnicas de vacunación según norma (observación)	10				
TOTAL						

ESCALA DE CLASIFICACIÓN	1 - 232	Deficiente
	233 - 310	Regular
	311 - 386	Bueno
	387 - 465	Excelente

OBSERVACIONES: _____

Firma del supervisado

Firma del Supervisor del Nivel Central



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



FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA
(DECRETO No. 268 DE 17 DE AGOSTO DE 2001)

REGIÓN _____ DIST. _____ CORREG. _____ LOCALIDAD. _____

I IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: NO ASEGURADO ASEGURADO No.CÉD. _____ No S.S _____

NOMBRE _____ PERSONA RESPONSABLE _____

F.NAC.

DÍA	MES	AÑO

 EDAD

AÑO	MES	DÍA

 SEXO: M F OCUPACIÓN _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN LABORAL _____ TELÉFONO _____

II DIAGNOSTICO INICIAL _____ C. SOSP C. PROB. C. CONF.

CONDICIÓN: LEVE MODERADA GRAVE ORIGEN: CASO AUTÓCTONO CASO IMPORTADO (P ó R)

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

III FACTORES DE RIESGO (ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL O LO(S) FACTORES RELACIONADOS AL PROBLEMA DE SALUD)

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|--|
| 1. TRABAJADOR(A). DEL SEXO | 7. TRANSMISIÓN. PERINATAL | 13. DESNUTRIDO I II III | 19. INGESTA O CONTACTO CON SUST. TÓXICAS |
| 2. TRANSFUSIÓN | 8. PRESENCIA DE ROEDORES | 14. VIAJE A AREA ENDÉMICA | 20. MALA DISPOSICIÓN DE AGUAS SERVIDAS |
| 3. H. S. H. | 9. LIMPIEZA LOCAL CERRADO | 15. CONTACTO DE CASO CONF. | 21. MALA DISPOSICIÓN DE BASURAS |
| 4. HETEROSEXUAL PROMÍSCUO | 10. CRIADERO DE MOSQUITOS | 16. ALIMENTOS CONTAMINADOS. | 22. CASA SIN: a MALLAS b LUZ ELECT. Y c. AGUA POT. |
| 5. HEMOFÍLICO | 11. NO VACUNADO | 17. PRES. ANIMALES MUERTOS | 23. MORDEDURAS DE ANIMALES: A. OFIDIO |
| 6. USUARIOS DE DROGAS I. V. | 12. OCUPACIONAL | 18. INGESTA AGUA NO POTABLE | B. MURCIÉLAGO C. PERRO D. OTRAS _____ |

OTROS (ESPECIFIQUE) _____

EMBARAZADA: SEM. GESTACIÓN CONTROL PRENATAL NO SI No. DE CONTROLES

HIST. OBSTETRICA G__P__A__C__ VDRL: NO SI VDRL DILUCIONES VIH: NO SI

IV. HISTORIA VACUNAL. (Registrar última fecha de vacuna aplicada relacionada a la enfermedad notificada)

1. SARAMPIÓN 1 2 R 2. MMR 1 2 3 BCG RN 4. PENTAVALENTE 1 2 3 5. POLIO. RN 1 2 3 1R 2R 6. DPT 1 2 3 1R 2R
7. DT 1 2 1R 2R 8. HEPATITIS B RN 1 2 1R 9. F. AMARILLA 1 RV 10. RABIA PRE EXP POS. EXP. 11. TETRAVALENTE 1R
12. MR 1 R 13. OTRAS VACUNAS _____ FECHA DE ÚLTIMA DOSIS _____

VACUNACIÓN COMPLETA DE ACUERDO A LA EDAD SI NO

V MUESTRAS, FECHAS Y RESULTADOS (ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA(S) MUESTRA(S) TOMADA(S)) OTRAS _____

A TIPO DE MUESTRA	1 SANGRE	2 ORINA	3 HISOP. FARING	4 HECES	5. L.C. R.	6. TEJIDO	7 SECRC. HERIDA	OTRAS
B. FECHA DE TOMA								
C. FECHA RESULT.								
D. RESULTADOS (si se dispone)								

VI MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL (ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA(S) MEDIDA(S) APLICADA(S))

- | | | | |
|-----------------------|----------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. AISLAMIENTO | 5. CONTROL DE PLAGAS | 9. ELIM. CRIADEROS MOSQUITOS | 13. QUIMIOPROFILAXIS AL CASO |
| 2. BUSQ BACILÍFEROS + | 6. CONSEJERÍA | 10. FUMIGACIÓN | 14. QUIMIOPROFILAXIS A CONTACTOS. |
| 3. BUSQ. DE FEBRILES | 7. DESINFECCIÓN | 11. INSPECCIÓN SANITARIA | 15. VACUNACIÓN AL CASO |
| 4. CHARLAS | 8. DISP. DE RESIDUOS | 12. INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS | 16. VACUNACIÓN PERIFOCAL |

OTRAS MEDIDAS (ESPECIFIQUE) _____

VII INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS

G. EDAD	# Investigados	# Sintomáticos	# Tratados
< 5 AÑOS			
>= 5 AÑOS			
TOTAL			

NÚMERO DE VIVIENDAS VISITADAS

VIII DIAGNÓSTICO FINAL _____

CRITERIO DE VIGILANCIA CASO: CONFIRMADO PROBABLE SOSPECHOSO

CRITERIO(S) DE DIAGNÓSTICO UTILIZADO (S) CASO: CLÍNICO DE LABORATORIO EPIDEMIOLÓGICO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE REPORTA _____ FECHA

--	--	--	--

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE LLENA EL FORMULARIO _____ CARGO _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

1. El primer paso antes de su llenado es verificar si el caso a notificar cumple con los criterios de definición de caso (Guía de Epidemiología).
2. El formulario debe de ser llenado con claridad y en letra imprenta
3. El formulario debe de ser revisado por el notificante y el nivel regional para asegurarse que todos los espacios del mismo estén debidamente llenados. Si se requiere su envío al nivel central debe de llevar la firma del coordinador de epidemiología o su designado.
4. Para las enfermedades de notificación inmediata (Artículo cuarto, Decreto 268) debe de ser hecha por teléfono, fax, correo electrónico o personalmente dentro de las dos primeras horas luego de su captación..
5. Para efectos de las enfermedades de notificación obligatoria e inmediata (antes de dos horas) se deberá de llenar la ficha hasta el V punto incluyendo fecha de notificación, nombre de la institución y las firmas correspondientes y cualquier otro dato que el notificante considere pertinente. Posteriormente se complementará la información con los datos desde el VI punto en adelante.
6. II ORIGEN DEL CASO: Marcar la casilla que corresponda si es **autóctono** si la enfermedad es adquirida en el país/región e **importado** si la enfermedad fue adquirida fuera de la región =(R) ó país (P).
7. II SINTOMAS Y SIGNOS: Anotar los inherentes a la enfermedad en forma clara, en orden cronológico con la fecha de inicio.
8. III FACTORES DE RIESGO encerrar con un círculo aquellos relacionados al problema de salud pública y de identificar alguno no especificado en la lista registrarlos en otros.
9. IV HISTORIA VACUNAL: Encerrar en círculo el número que identifica la vacuna(s) aplicada(s) y la última dosis aplicada según lo registrado en la tarjeta de vacunación o expediente, y registrar fecha de última dosis de vacuna aplicada relacionada a la enfermedad notificada.
10. V MUESTRAS, FECHAS Y RESULTADOS: encerrar en círculo el tipo de muestra tomada, registrar fecha de toma y de resultado, además anotar resultados disponibles en ese momento con base a los flujogramas diagnósticos.
11. VI MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL Encerrar con un círculo la(s) medida(s) aplicada(s), de no estar las aplicadas por usted, regístrelas en el espacio correspondiente a otras medidas.
12. VII INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS: Anotar el número de personas: investigadas, sintomáticos y tratados según grupo de edades especificados.
13. VIII DIAGNÓSTICO FINAL: Anotar el diagnóstico según criterio de vigilancia y de diagnósticos utilizados.
14. El NOMBRE DE INSTITUCIÓN QUE REPORTA es la instalación que capta el caso, llena el formulario y lo notifica o investiga y da seguimiento.
15. Cumplir con las normas de envío y transporte de muestras de laboratorio, especialmente de bioseguridad.

PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA (*) E INVESTIGACIÓN OBLIGATORIA

1	BOTULISMO*	21	FIEBRE TIFOIDEA*	41	REACCIONES ADVERSAS SEVERAS POSTERIOR A LAS INMUNIZACIONES *
2	BRUCELOSIS	22	FIEBRE PARATIFOIDEA*	42	REACCIONES ADVERSAS SEVERAS A MEDICAMENTOS*
3	CARBUNCO CUTÁNEO	23	GRANULOMA INGUINAL	43	RUBÉOLA*
4	CHANCRO BLANDO	24	HEPATITIS A, B, C, E	44	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA*
5	CISTICERCOSIS	25	INFECCIÓN GONOCÓCCICA	45	SARAMPIÓN*
6	CÓLERA*	26	INFECCIÓN MENINGOCÓCCICA*	46	SHIGUELOSIS
7	DIFTERIA*	27	INFECCIÓN NOSOCOMIAL	47	SIDA E INFECCIÓN POR VIH
8	EFEECTO TÓXICO (INTOXICACIÓN AGUDA POR PLAGUICIDAS IAPS)	28	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA (BROTE)	48	SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ*
9	ENCEFALITIS VIRAL*	29	LEPRA	49	SÍNDROME PARALÍTICO N. E. (PARÁLISIS FLÁCIDA < 15 AÑOS)*
10	ENFERMEDADES CAUSADAS POR HANTAVIRUS*	30	LEPTOSPIROSIS*	50	SÍFILIS Y SÍFILIS CONGÉNITA
11	ENFERMEDAD CHAGAS* (TRIPANOSOMIASIS AMERICANA)	31	LINFOGRANULOMA VENÉREO	51	TÉTANOS NEONATAL Y ADQUIRIDO
12	FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA*	32	MALARIA (PALUDISMO)	52	TIFUS*
13	FIEBRE AMARILLA URBANA*	33	MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B*	53	TOS FERINA*
14	DENGUE CLÁSICO	34	MENINGITIS MENINGOCÓCCICA*	54	SÍNDROME COQUELUCHOIDE*
15	DENGUE HEMORRÁGICO*	35	MENINGITIS TUBERCULOSA	55	TUBERCULOSIS (TODAS SUS FORMAS)
16	SÍNDROME DE CHOQUE POR DENGUE*	36	MORDEDURAS DE MURCIÉLAGOS	56	VIRUELA*
17	ENTERITIS DEBIDA A SALMONELLA (SALMONELOSIS)	37	MUERTES MATERNAS Y PERINATALES	57	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR*
18	EQUINOCOCOSIS	38	PESTE*		
19	FIEBRE EQUINA VENEZOLANA*	39	POLIOMIELITIS*	58	TODOS LOS CASOS O BROTES DE ENFERMEDAD O PROBLEMA SANITARIO EMERGENTE.*
20	FIEBRE RECURRENTE TRANSMITIDA POR PIOJOS*	40	RABIA EN HUMANOS*		(3)

NOTA:

(1) Los problemas de salud pública que tienen formulario especial de notificación e investigación son: caso sospechoso de arampión/rubéola, reacciones adversas posteriores a las inmunizaciones, reacciones a medicamentos, violencia intrafamiliar, parálisis flácida aguda en menores de 15 años de edad e intoxicaciones agudas por plaguicidas (IAPs).

(2) (*) Los problemas de salud pública de notificación inmediata deben de ser notificados dentro de las dos primeras horas contadas a partir del momento en que se tuvo conocimiento de su existencia e iniciarse su investigación inmediatamente, los otros problemas de salud pública deben de ser investigados dentro de las 72 horas desde que se tuvo conocimiento de su existencia.

(3) Las situaciones de brotes y epidemias se notificarán en formularios e informes especiales establecidos (Revisar Guía Nacional). Recordar que junto con los problemas emergentes son responsabilidad directa de las Coordinaciones Regionales.



**REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD**

**DECRETO EJECUTIVO N° 268
(DE 17 DE AGOSTO DE 2001)**

Que determina los problemas de salud de notificación obligatoria, señala los procedimientos para la notificación y establece sanciones.

LA PRESIDENTA DE LA REPUBLICA,
En uso de sus facultades constitucionales y legales,

CONSIDERANDO:

Que es función del Estado panameño, establecida en la Constitución Política de la República, velar por la vida y la salud de los panameños y extranjeros residentes en su territorio.

Que por disposición del Código Sanitario, esta responsabilidad recae primariamente en el Ministerio de Salud, como ente rector del sector salud.

Que para cumplir esta responsabilidad, el Ministerio de Salud necesita realizar una efectiva vigilancia y control de riesgos sanitarios.

Que ésta función se realiza a través de un sistema de vigilancia sanitario, que requiere de los instrumentos legales que le permitan obtener una información completa, veraz y oportuna, de todas las personas e instituciones públicas y privadas que, por la naturaleza de sus funciones o responsabilidades, puedan conocer la existencia de riesgos sanitarios.

Que es necesario que las personas e instituciones obligadas, por disposición de la Ley, a cumplir con la notificación obligatoria tengan un instrumento legal que defina claramente los deberes a ellos asignados y el procedimiento a través del cual se debe realizar esta notificación.

Que es de vital importancia contar con dicho instrumento para subsanar en parte el gran subregistro existente, en especial de las clínicas privadas.

Que el Código Sanitario establece que las infracciones penadas con multas, no podrán ser menores de B/. 1.00 ni mayores de B/.1000.00.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Se establece la existencia de una categoría de riesgos a la salud individual y colectiva denominados problemas de salud de notificación obligatoria.

ARTICULO SEGUNDO: Para los efectos del presente Decreto, los siguientes conceptos se definen así:

Caso. Es aquel proceso en el que, a través de medios idóneos, se determina con certeza la existencia de una enfermedad, riesgo o problema sanitario.

Sospecha de caso. Es aquella situación, que por la evidencia clínica presente, se puede deducir la existencia de una enfermedad, riesgo o problema sanitario, sin que haya sido confirmado a través de medios idóneos que determinen con certeza su existencia.

Problemas de salud de notificación obligatoria. Son los casos o sospecha de casos de aquellas enfermedades, riesgos o problemas de salud que, por su transmisibilidad, peligrosidad o potencialidad de daño a la salud, sean definidos como tales por el presente Decreto.

Notificación. Es la comunicación de la existencia de un caso o sospecha de caso al coordinador de Epidemiología local, regional o nacional del Ministerio de Salud o, en su defecto, cuando por razones justificadas ello no sea posible, a la autoridad administrativa o de policía más cercana.

Notificación inmediata. *Es la comunicación de un problema de salud de notificación* obligatoria, en menos de dos (2) horas contadas a partir del momento en que se tuvo conocimiento de su existencia.

Falta leve. La constituyen la notificación o el cumplimiento tardíos o negligentes de las disposiciones legales contenidas en el presente Decreto, que no causen perjuicio a la salud individual o colectiva.

Falta moderada. La constituyen la notificación o el cumplimiento tardíos o negligentes de las disposiciones contenidas en el presente Decreto que, sin producir muertes, causen un perjuicio a la salud individual de uno o pocos miembros de la comunidad , o que causen costos innecesarios al sistema de salud, que se hubiesen evitado con la notificación.

Falta grave. La constituyen la falta de notificación o el incumplimiento de las disposiciones del presente Decreto que tengan como consecuencia la transmisión colectiva de una enfermedad que cause perjuicios graves o muertes, o altos costos al sistema de salud , que se hubiesen evitado con la notificación.

ARTICULO TERCERO: Se declaran problemas de salud de notificación obligatoria en la República de Panamá, los siguientes:

1. Amebiasis
2. Anquilostomiasis
3. Botulismo
4. Bronconeumonía
5. Brucelosis
6. Carbunco cutáneo
7. Chancro Blanco
8. Cisticercosis
9. Conjuntivitis Hemorrágica
10. Cólera
11. Enfermedad Diarréica y Gastroenteritis de origen infeccioso
12. Difteria
13. Efectos Tóxicos (envenenamientos)
14. Encefalitis viral
15. Enfermedades causadas por el Hantavirus
16. Infección por VIH, incluso el sida
17. Enfermedad de Chagas (Triponosomiasis americana)
18. Enfermedad pélvica inflamatoria femenina
19. Fiebre reumática
20. Enteritis debida a Salmonella (salmonelosis)
21. Equinococosis
22. Escarlatina
23. Fiebre amarilla selvática
24. Fiebre amarilla urbana
25. Dengue Clásico
26. Dengue hemorrágico
27. Síndrome de choque de dengue
28. Fiebre equina venezolana
29. Fiebre recurrente transmitida por piojos

30. Fiebre tifoidea
31. Fiebre paratifoidea
32. Fiebre viral transmitida por artrópodos
33. Frambesia
34. Granuloma inguinal
35. Hepatitis A, B, C, D, E y otras infecciosas no especificadas
36. Infección gonocócica
37. Infecciones nosocomiales
38. Infección por virus de herpes simple
39. Infección meningocócica
40. Influenza
41. Intoxicación alimentaria
42. Leishmaniasis
43. Lepra
44. Leptospirosis
45. Linfogranuloma (venéreo) por clamidias
46. Meningitis según etiología y las no especificadas
47. Mordedura de murciélago
48. Mordedura de ofidio
49. Mordedura de perro
50. Muertes maternas y perinatales
51. Neumonías según etiología y las no especificadas
52. Paludismo (malaria)
53. Papiloma virus como causa de enfermedades
54. Parotiditis
55. Peste
56. Picadura de alacrán
57. Poliomiелitis
58. Rabia en humanos
59. Reacciones adversas a vacunas y a medicamentos
60. Rubéola y síndrome de rubéola congénita
61. Sarampión
62. Shigellosis
63. Sífilis (todas sus formas)
64. Síndrome de Guillain-Barré
65. Síndrome nefrítico agudo
66. Síndrome paralítico, no especificado (parálisis flácida aguda)
67. Tétanos, incluso el tétanos neonatal
68. Tifus
69. Tos ferina
70. Toxoplasmosis
71. Tracoma
72. Tuberculosis
73. Tularemia
74. Uretritis no especificada
75. Varicela
76. Verrugas venéreas (anogenitales)
77. Viruela
78. Violencia intrafamiliar
79. Todo caso o brote de enfermedad o problema sanitario emergente

ARTICULO CUARTO: Son problemas de salud de notificación obligatoria e inmediata:

1. Botulismo
2. Cólera

3. Difteria
4. Encefalitis viral
5. Enfermedades causadas por el hantavirus
6. Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana)
7. Fiebre amarilla selvática
8. Fiebre amarilla urbana
9. Dengue hemorrágico
10. Síndrome de choque de dengue
11. Fiebre equina venezolana
12. Fiebre recurrente transmitida por piojos
13. Fiebre tifoidea
14. Fiebre paratifoidea
15. Infección meningocócica
16. Leptospirosis
17. Meningitis por Hemophilus Infuenzae tipo B
18. Peste
19. Poliomielitis
20. Rabia en humanos
21. Reacciones adversas por vacunas y a medicamentos
22. Rubéola
23. Sarampión
24. Síndrome Guillain-Barré
25. Síndrome paralítico, no especificado (Parálisis flácida aguda)
26. Tifus
27. Tos ferina
28. Viruela
29. Violencia Intrafamiliar
30. Todo caso o brote de enfermedad o problema sanitario emergente

La notificación inmediata debe ser hecha por teléfono, fax, correo electrónico o personalmente. Además, el encargado de la entidad de salud o quien él designe, deberá enviar posteriormente una nota dirigida al Coordinador de Epidemiología de su área, como constancia escrita.

ARTICULO QUINTO: Quedan obligados a notificar los problemas de salud de notificación obligatoria a la autoridad de salud más próxima o, en su defecto, a cualquier autoridad administrativa:

1. El médico que asista al paciente que sufra una enfermedad, riesgo o problema de salud de notificación obligatoria.
2. El dueño o encargado del predio en donde se presente uno de estos casos o sospecha de caso.
3. La persona responsable del enfermo o de la situación de riesgo o problema sanitario.
4. El laboratorio que establezca el diagnóstico.
5. Los veterinarios, en caso de zoonosis transmisibles al hombre.
6. Cualquier persona que tuviera conocimiento o sospecha de la existencia de uno de estos casos.

Los médicos y demás obligados a notificar comunicarán los casos o sospecha de casos de problemas de salud de notificación obligatoria inmediata al director de la entidad en donde laboran, tan pronto tengan conocimiento del caso.

Cuando la denuncia sea hecha ante otra autoridad administrativa, ésta la transmitirá inmediatamente a la autoridad de salud correspondiente.

ARTICULO SEXTO: La notificación de los problemas de salud de notificación obligatoria e inmediata debe contener los siguientes datos básicos:

1. Nombres y apellidos de la persona sospechosa o enferma
2. Edad
3. Sexo
4. Lugar de residencia (distrito, corregimiento, sector, y lugares de referencia)
5. Nombre y apellido de la persona que notifica el caso
6. Diagnóstico probable
7. Diagnóstico confirmado, si existe
8. Lugar dónde se presume que se produjo el contagio, la exposición al riesgo o el problema de salud
9. Instalación de salud que diagnostica el caso o sospecha de caso
10. Fecha de notificación inmediata
11. Funcionario que recibió la notificación inmediata

ARTICULO SÉPTIMO: Todas las instalaciones públicas y privadas que brinden servicios de salud humana o veterinaria, están obligadas a comunicar los problemas de salud de notificación obligatoria al director regional de salud o al coordinador de Epidemiología de su región de salud.

Los Coordinadores Regionales de Epidemiología notificarán, de acuerdo a las normas programáticas vigentes, al departamento encargado de vigilancia epidemiológica, a nivel central.

ARTICULO OCTAVO: La Dirección General de Salud Pública, una vez informada de un caso o sospechosa de caso de problema de salud de notificación obligatoria, ordenará las medidas sanitarias pertinentes para el control de la enfermedad, riesgo o problema de que se trate, conforme a las disposiciones del Código Sanitario.

ARTICULO NOVENA: Las entidades, públicas o privadas, y los funcionarios o profesionales implicados, que infrinjan el presente decreto, serán sancionados por la Dirección General de Salud Pública, de acuerdo a la falta cometida, así:

Faltas leves: Con amonestación escrita, la primera vez, y cada reincidencia será sancionada con una multa de cien balboas(B/100.00).

Faltas moderadas: Con multas desde cien balboas (B/100.00) hasta quinientos balboas (B/500.00) y cada uno reincidencia se sancionará con el doble de la multa impuesta.

Faltas graves: Con multa desde quinientos un balboas(B/501.00) hasta mil balboas (B/1000.00) y cada reincidencia será sancionada con el doble de la multa impuesta.

ARTICULO DECIMO: Este Decreto empezará a regir desde su promulgación y deroga el Resuelto 02961 de 11 de junio de 1999 y cualquier otra disposición que le sea contraria.

Dado en la ciudad de Panamá, a los 17 días del mes de agosto del año 2001.

COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

MIREYA MOSCOSO R.
Presidenta de la República

DR. FERNANDO J. GRACIA. G.
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, James Chin, Editor. XVII, Edición 2001.

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

EPIDEMIOLOGIA A NIVEL CENTRAL

TELÉFONOS: CENTRALES MINSA: 212-9100/9200/9300/9400/9500

DIRECTO : 212 – 9267 FAX: 212-9377

Email: vigepi@minsa.gob.pa

JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA	EXT. 1079
TÉCNICOS(AS) EPIDEMIÓLOGOS(AS)	EXT. 1082/1036/1104/1531
SECCIÓN DE ESTADÍSTICA	EXT. 1083
SECRETARIAS	EXT. 9267
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	TEL. 225-9705/2656/0158 FAX. 225-2654
SECCIÓN DE ESTADÍSTICA /PAI	EXT. 108

DEPARTAMENTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

TEL: 262-6269

FAX: 262-8780

EPIDEMIOLOGÍA REGIONALES Y DE HOSPITALES NACIONALES

BOCAS DEL TORO TEL:758-8765 FAX:758-6747	PANAMÁ OESTE TEL:253-2445 FAX:253-2445	HOSPITAL SANTO TOMÁS TEL:207-5671 FAX:CENTRAL
COLÓN TEL:441-1939 FAX:441-1939	COCLÉ TEL:997-9953 FAX:997-9953	C.H.A.A.M. TEL:264-0868 FAX:264-0868
DARÉN TEL:299.6300 FAX:299-6300	CHIRIQUÍ TEL:774-5328 FAX:774-5328	HOSPITAL DEL NIÑO TEL:225-1546 FAX:225-8089
LOS SANTOS TEL:966.9317 FAX:966-9317	HERRERA TEL:996-7814 FAX:996-7814	INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL TEL:212-7100/7000 FAX:CENTRAL
SAN MIGUELITO TEL:261-4638 FAX:261-8077	METROPOLITANA TEL:317-9750 FAX: CENTRAL	CLÍNICA HOSPITAL SAN FERNANDO TEL:278-6300 FAX:CENTRAL
PANAMÁ ESTE TEL: 296-7607 FAX: 296-7607	NGOBE BUGLÉ TEL:727-0228 FAX:727-0228	CENTRO MÉDICO PAITILLA TEL:265-8800 FAX:265-8861
KUNA YALA TEL:212-1943 FAX:212-0153	VERAGÜAS TEL:998-7410 FAX:998-7410	