

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CONVENCIONAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDAD

DEFINICIONES OPERACIONALES DE ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA CONVENCIONAL



Marzo, 2021

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General Adjunta de Epidemiología

Francisco de P. Miranda 157, 5° Piso
Unidad Lomas de Plateros C.P. 01480
Delegación Álvaro Obregón

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretario de Salud

Dr. Hugo López –Gatell Ramírez

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Alejandro Vargas García

Encargado del Despacho de la Subsecretaria de
Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pedro Flores Jiménez

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. José Luis Alomía Zegarra

Director General de Epidemiología

Dr. Christian Arturo Zaragoza Jiménez

Director de Información Epidemiológica

Dra. Santa Elizabeth Ceballos Liceaga

Directora de Vigilancia Epidemiológica de
Enfermedades Transmisibles

Dra. Gabriela del Carmen Nucamendi Cervantes

Directora de Vigilancia Epidemiológica de
Enfermedades no Transmisibles

Dra. Ana Lucía de la Garza Barroso

Directora de Investigación Operativa
Epidemiológica

M. en G.S. Lucía Hernández Rivas

Directora de Servicios y Apoyo Técnico del InDRE

M. en C. Irma López Martínez

Directora de Diagnóstico y Referencia del InDRE

**VIGILANCIA CONVENCIONAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDAD
DE FINICIONES OPERACIONALES DE ENFERMEDADES SUJETAS A
VIGILANCIA CONVENCIONAL**

CONTENIDO

Presentación.....	17
Términos utilizados.....	19
I. Enfermedades Prevenibles por Vacunación.....	20
Meningitis Tuberculosa (A17.0)	20
Tétanos (A34, A35).....	21
Tétanos Neonatal (A33).....	21
Difteria (A36).....	22
Tos Ferina (A37)	23
Sarampión (B05).....	24
Rubéola (B06)	25
Parotiditis Infecciosa (B26).....	25
Hepatitis Vírica B (B16).....	26
Síndrome de Rubéola Congénita (P35.0)	27
Hepatitis Vírica A (B15).....	27
Enteritis Debida a Rotavirus (A08.0).....	28
Infecciones Invasivas por <i>Haemophilus Influenzae</i> (A41.3, G00.0, J14)	29
Poliomielitis Aguda (A80)	29
Meningitis Meningocócica (A39.0).....	29
Infección por Virus del Papiloma Humano (B97.7).....	30
Enfermedad Invasiva por Neumococo (A40.3, G00.1, J13)	30
Influenza (J09-J11).....	31
Varicela (B01)	31
II. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias del Aparato Digestivo. 32	
Cólera (A00)	32
Fiebre Tifoidea (A01.0)	33

Shigelosis (A03).....	34
Infecciones Intestinales por Otros Organismos y las Mal Definidas (A04, A08-A09 excepto A08.0).....	34
Intoxicación Alimentaria Bacteriana (A05)	35
Amebiasis Intestinal (A06.0-A06.3, A06.9).....	40
Giardiasis (A07.1).....	40
Otras infecciones Intestinales Debidas a Protozoarios (A07.0, A07.2, A07.9)	41
Ascaris (B77).....	42
Enterobiasis (B80).....	42
Otras Helmintiasis (B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83 excepto B73 y B75)	43
Absceso Hepático Amebiano (A06.4)	43
Otras Salmonelosis (A02)	44
Fiebre Paratifoidea (A01.1-A01.4)	45
III. Enfermedades Infecciosas del Aparato Respiratorio	46
Tuberculosis Respiratoria (A15-A16).....	46
Otitis Media Aguda (H65.0-H65.1)	46
Faringitis y Amigdalitis Estreptocócicas (J02.0, J03.0)	47
Infecciones Respiratorias Agudas (J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 Y J03.0)	47
Neumonías Y Bronconeumonías (J12-J18 excepto J18.2, J13 y J14).....	50
IV. Enfermedades de transmisión sexual.....	51
Sífilis Congénita (A50)	51
Sífilis Adquirida (A51-A53).....	52
Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario (A54.0-A54.2).....	53
Linfogranuloma Venéreo por Clamidas (A55)	55
Chancro Blando (A57)	55
Tricomoniasis Urogenital (A59.0)	56
Herpes Genital (A60.0).....	57
Candidiasis Urogenital (B37.3-B37.4)	58
Vulvovaginitis (N76).....	59
Infección Asintomática por VIH (Z21)	59
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (B20-B24)	59

V. Enfermedades Transmitidas por Vector.....	60
Dengue No Grave (A97.0 y A97.9).....	60
Dengue Con Signos de Alarma (A97.1).....	61
Dengue Grave (A97.2).....	61
Paludismo por <i>Plasmodium Falciparum</i> (B50).....	62
Paludismo por <i>Plasmodium Vivax</i> (B51).....	62
Encefalitis Equina Venezolana (A92.2).....	62
Fiebre Amarilla (A95).....	63
Fiebre Manchada (A77.0).....	63
Fiebre del Oeste del Nilo (A92.3).....	64
Peste (A20).....	64
Tifo Epidémico (A75.0).....	65
Tifo Murino (A75.2).....	65
Enfermedad por Virus Chikungunya (A92.0).....	65
Otras Rickettsiosis (A79).....	66
Infección por Virus Zika (U06.9).....	66
Fiebre por Virus Mayaro (A92.8).....	67
VI. Zoonosis.....	67
Brucelosis (A23).....	67
Leptospirosis (A27).....	68
Rabia Humana (A82).....	68
Cisticercosis (B69).....	69
Teniasis (B68).....	69
Triquinosis (B75).....	69
VII. Otras enfermedades exantemáticas.....	70
Escarlatina (A38).....	70
Erisipela (A46).....	71
VIII. Otras Enfermedades Transmisibles.....	72
Tuberculosis Otras Formas (A17.1, A17.8, A17.9, A18-A19).....	72
Lepra (A30).....	72
Hepatitis Vírica C (B17.1, B18.2).....	73

Otras Hepatitis Víricas (B17-B19 excepto B17.1, B18.2)	74
Conjuntivitis (H10)	74
Escabiosis (B86).....	74
Conjuntivitis Epidémica Aguda Hemorrágica (B30.3)	75
Mal del Pinto (A67)	76
Meningoencefalitis Amebiana Primaria (B60.2)	76
Toxoplasmosis (B58).....	77
Tripanosomiasis Americana (Enfermedad de Chagas) Aguda (B57.0-B57.1)	78
Tripanosomiasis Americana (Enfermedad de Chagas) Crónica (B57.2-B57.5)	78
Infección Asociada a la Atención de La Salud (IAAS) S/C	78
Enfermedad por Virus Ébola (A98.4)	79
IX. Enfermedades de Interés Local o Regional.....	79
Leishmaniasis Visceral (B55.0)	79
Leishmaniasis Cutánea (B55.1)	80
Oncocercosis (B73).....	80
Tracoma (A71)	81
X. Enfermedades Bajo Vigilancia Sindromática	81
Enfermedad Febril Exantemática (U97)	81
Parálisis Flácida Aguda (U98)	82
Síndrome Coqueluchoide (U99)	82
Síndrome Meníngeo (G00-G03 Excepto G00.0, G00.1).....	83
Infección de Vías Urinarias (N30, N34, N39.0)	83
XI. Enfermedades No Transmisibles.....	84
Bocio Endémico (E01).....	85
Diabetes Mellitus Insulinodepediente “Tipo I” (E10)	86
Diabetes Mellitus No Insulinodepediente “Tipo II” (E11-E14).....	86
Diabetes Mellitus en el Embarazo (O24.4)	87
Intoxicación Aguda por Alcohol F10.0).....	87
Fiebre Reumática Aguda (I00-I02)	88
Hipertensión Arterial (I10-I15)	89

Enfermedad Isquémica del Corazón (I20-I25)	89
Enfermedad Cerebrovascular (I60-I67, I69)	90
Asma (J45, J46)	91
Gingivitis y Enfermedad Periodontal (K05)	91
Úlceras, Gastritis y Duodenitis (K25-K29).....	92
Enfermedad Alcohólica del Hígado (K70 excepto K70.3).....	92
Intoxicación por Plaguicidas (T60)	92
Intoxicación por Ponzofia de Animales (T63, X21, X27, excepto T63.2).....	93
Intoxicación por Picadura de Alacrán (T63.2, X22)	93
Edema, Proteinuria Y Transtornos Hipertensivos en el Embarazo, Parto y Puerperio (O10-O16)	93
Eventos Supuestamente Asociados a la Vacunación (ESAVI) (Y58, Y59).....	94
Hiperplasia de la Próstata (N40).....	94
Hipotermia (T68)	95
Insuficiencia Venosa Periférica (I87.2)	96
Intoxicación por Monóxido de Carbono (T58)	96
Contacto Traumático con Avispas, Avispones y Abejas (X23)	97
Quemaduras (T20-T32)	98
Cirrosis Hepática Alcohólica (K70.3).....	98
Efectos del Calor y de la Luz (T67, X30)	98
XII. Nutrición.....	99
Desnutrición Leve (E44.1).....	99
Desnutrición Moderada (E44.0)	99
Desnutrición Severa (E40-E43).....	99
Obesidad (E66)	100
Anorexia, Bulimia y Otros Trastornos Alimentarios (F50)	100
XIII. Displasias y Neoplasias	103
Tumor Maligno de La Mama (C50)	103
Tumor Maligno del Cuello del Útero (C53)	103
Displasia Cervical Leve y Moderada (N87.0-N87.1).....	104
Displasia Cervical Severa y <i>Cacu In Situ</i> (N87.2, D06).....	104

XIV. Defectos al Nacimiento.....	104
Encefalocele (Q01).....	104
Espina Bífida (Q05).....	105
Labio Y Paladar Hendido (Q35-Q37).....	105
Microcefalia (Q02).....	105
Anencefalia (Q00).....	106
XV. Enfermedades Neurológicas de Salud Mental.....	106
Depresión (F32).....	106
Enfermedad de Parkinson (G20).....	107
Enfermedad de Alzheimer (G30).....	109
XVI. Accidentes.....	110
Peatón Lesionado en Accidente de Transporte (V01-V09).....	111
Accidentes de Transporte en Vehículos con Motor (V20-V29, V40-V79).....	111
Mordeduras por Perro (W54).....	111
Mordeduras por Otros Mamíferos (W55).....	111
Mordedura por Serpiente (X20).....	111
Violencia Intrafamiliar (Y07.0-Y07.2).....	112
Herida por Arma de Fuego y Punzocortantes (W32-W34).....	112



**VIGILANCIA CONVENCIONAL
DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDAD**

PRESENTACIÓN

En el mundo sistemáticamente se ha registrado la ocurrencia de enfermedades y factores que las condicionan, con la finalidad de conocer su frecuencia y su tendencia, así como para llevar a cabo acciones de salud de control o eliminación.

La detección de enfermedades es de gran importancia ya que constituye el punto de partida, junto con la notificación de casos, de una serie de actividades para establecer la vigilancia epidemiológica.

Es natural que durante la consulta médica se produzcan ciertas interrogantes en torno a la enfermedad, por lo que en ocasiones se requiere de una guía para conocer cuáles son las enfermedades que están sujetas a vigilancia epidemiológica, además de orientar un diagnóstico certero.

El propósito del presente documento es contribuir a mejorar la decisión de los médicos para la identificación de la enfermedad o el padecimiento que motiva la consulta; ya que un diagnóstico acertado permitirá establecer un tratamiento pertinente, oportuno y con mayor probabilidad de éxito.

El Departamento de Procesamiento de Información Epidemiológica se ha dado a la tarea de recopilar y poner a disposición de los médicos que proporcionan consulta de primera vez, principalmente en las unidades de primer nivel de atención, la relación con las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, compuesta por una breve descripción y la definición operacional; el presente texto está formado con la definición de 146 enfermedades listadas en el mismo orden en que aparecen en el formato SUIVE-1, según el grupo al que pertenezca, ya sea enfermedades prevenibles por vacunación, transmitidas por vector, etc..., así como los estudios de laboratorio y gabinete requeridos, a fin de determinar los casos probables de enfermedad, para su mejor clasificación y registro en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica.

Se hace referencia de la enfermedad y entre paréntesis la clave o claves según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10^a. Revisión que incluyen.

Cabe mencionar que el desarrollo del documento se vio enriquecido con las aportaciones de las siguiente instituciones: IMSS régimen Ordinario e IMSS Bienestar, ISSSTE, DIF y SEMAR, por medio del Grupo de Información del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

TÉRMINOS UTILIZADOS

Se proponen estas definiciones con la finalidad de establecer criterios homogéneos para la notificación de enfermedades, no obstante, no deben ser utilizados como criterios únicos para establecer un diagnóstico clínico, o para iniciar acciones de salud pública.

Los datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio pueden permitirle a un médico diagnosticar una enfermedad aunque la definición de caso de vigilancia no se cumpla.

Definición operacional de caso: es una breve descripción clínica, que identifica una persona, que cumple con datos epidemiológicos y pruebas de laboratorio confirmatorias excepto en síndromes que no hay pruebas de laboratorio confirmatorias.

Algunos padecimientos que tienen una presentación clínica característica (ejemplo Parotiditis) no necesitan pruebas de laboratorio.

Caso: Individuo de una población en particular, que en un tiempo definido, es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación.

Caso sospechoso.- Es la persona en riesgo que, por razones epidemiológicas, es susceptible y presenta sintomatología inespecífica del padecimiento o evento bajo vigilancia.

Caso probable: Es la persona que presenta signos o síntomas sugerentes de la enfermedad o evento bajo vigilancia.

Caso Confirmado.- Es aquel que reúne los síntomas que lo identifican como caso y tiene pruebas de laboratorio positivas.

Caso descartado.- Es aquel que presenta síntomas que lo identifican como caso, con pruebas de laboratorio confirmatorias negativas.

Nota: Este es un documento Guía, no sustituye los manuales de vigilancia epidemiológica de cada enfermedad vigentes; dado que éstos están en continuo cambio

I. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

Este grupo está constituido por 19 enfermedades:

Meningitis tuberculosa (A17.0)

Tétanos (A34, A35)

Tétanos Neonatal (A33)

Difteria (A36)

Tos ferina (A37)

Sarampión (B05)

Rubéola (B06)

Parotiditis Infecciosa (B26)

Hepatitis Vírica B (B16)

Síndrome de Rubéola Congénita (P35.0)

Hepatitis Vírica A (B15)

Enteritis Debida a Rotavirus (A08.0)

Infecciones Invasivas por *Haemophilus Influenzae* (A41.3, G00.0, J14)

Poliomielitis Aguda (A80)

Meningitis Meningocócica (A39.0)

Infección por Virus del Papiloma Humano (B97.7)

Enfermedad Invasiva por Neumococo (A40.3, G00.1, J13)

Influenza (J09-J11)

Varicela (B01)

MENINGITIS TUBERCULOSA (A17.0)

M. tuberculosis son bacterias aerobias que se replican en las células huésped; por lo tanto, el control de estas bacterias depende en gran medida de la inmunidad mediada por células T. Estas bacterias pueden infectar el sistema nervioso central durante la infección primaria o reactivada. En los países desarrollados, la meningitis por lo general resulta de la infección reactivada.

Los síntomas meníngeos generalmente se desarrollan durante días a unas pocas semanas, pero pueden desarrollarse en forma mucho más rápida o gradual.

Caso sospechoso: Toda persona que después de un cuadro respiratorio presente rigidez de nuca.

Caso: Toda persona que después del cuadro respiratorio agudo presente fiebre, cefalea, vómito, alteración del estado de conciencia y rigidez de nuca. Con examen del LCR positivo a *Mycobacterium tuberculosis* y con tinción de Ziehl-Neelsen positiva.

Caso descartado: Toda persona que presente fiebre, cefalea, vómito, alteración del estado de conciencia y rigidez de nuca. Con examen del LCR y tinción de Ziehl-Neelsen negativo a *Mycobacterium tuberculosis*.

TÉTANOS (A34, A35)

Tétanos es una enfermedad aguda no contagiosa, producida por una endotoxina del bacilo *Clostridium tetani* el cual prolifera en anaerobiosis en el sitio lesionado y se, caracterizada por rigidez de los músculos esqueléticos de cualquier parte del cuerpo, espasmos de tipo tónico y convulsiones. Agente infeccioso y reservorio. El *Clostridium tetani* es un bacilo gram positivo esporulado, móvil y anaerobio, se distribuye ampliamente en suelos o fómites contaminados con heces. Normalmente se halla en los intestinos de ganado equino, vacuno, ovino, perros, gatos, ratas, pollos, cobayos, y seres humanos sanos; además es altamente resistente a los agentes físicos y desinfectantes, variando esta resistencia cuando se trata de su forma vegetativa o de espora. Las esporas son altamente resistentes al calor y a la deshidratación; se diseminan fácilmente, sobreviven durante años en el suelo y contaminan las heridas de todo tipo.

Caso confirmado: Toda persona que presente una fase aguda de hipertonía y contracturas musculares dolorosas (usualmente de los músculos maxilares y del cuello), espasmos musculares generalizados sin causa aparente o cuadro sugestivo de tétanos diagnosticado por personal de salud.

TÉTANOS NEONATAL (A33)

El tétanos neonatal (TNN) tiene un periodo corto de incubación por lo que los síntomas ocurren hasta en tan solo tres días de la exposición. Habitualmente el sitio de entrada es el muñón umbilical, el cual puede contaminarse en dos momentos: durante el corte del muñón umbilical o durante las curaciones del muñón. A menor tiempo de incubación mayor mortalidad. El primer síntoma en el neonato consiste en una súbita incapacidad para succionar, la disfagia es acentuada por los espasmos

laríngeos, seguida de rigidez y espasmos generalizados. Los síntomas por lo común alcanzan su máxima expresión al séptimo día del nacimiento. De primera instancia se presenta rigidez en los músculos maseteros (trismus), siguiendo los músculos abdominales y los músculos paravertebrales, particularmente en los músculos extensores (opistótonos). Los espasmos musculares muestran fluctuaciones y varían según la gravedad del cuadro clínico; los músculos faciales son los más afectados produciendo la risa sardónica; los frecuentes espasmos en los músculos respiratorios, son capaces de producir periodos de apnea que pueden llegar a paro respiratorio, los espasmos son dolorosos, hay rigidez muscular entre uno y otro y son provocados por estímulos externos (luz, ruidos, manipulación del enfermo); la acción de la neurotoxina sobre el hipotálamo y la inmadurez del centro termorregulador en los recién nacidos hace que se registren temperaturas corporales elevadas.

Caso confirmado: Todo recién nacido que lloró al nacer, comió durante los primeros días y entre el 2º y 28º día posterior al nacimiento presentó uno o más de los siguientes signos: trismus, espasmos musculares o convulsiones.

DIFTERIA (A36)

Enfermedad de origen bacteriano causada por el *Corynebacterium diphtheriae* de los biotipos gravis, mitis o intermedius. El biotipo belfanti también puede causar enfermedad aunque generalmente no es toxigénico. El periodo de incubación de la bacteria es de 2 a 5 días, y en ocasiones se prolonga; la transmisión es por contacto con el enfermo hasta que la bacteria desaparece de las lesiones, las cuales comúnmente tardan dos semanas. Los portadores pueden exportar microorganismos durante 6 meses o más. Esta enfermedad en forma aguda afecta las vías respiratorias y otras membranas mucosas o la piel, y en ocasiones las conjuntivas o la vagina. La lesión característica causada por la liberación de una citotoxina específica consiste en una membrana de color blanco grisácea, adherente, asimétrica, con inflamación en su periferia. En la zona periamigdalina se presenta dolor de moderado a intenso, con agrandamiento y dolor a la palpación de los ganglios linfáticos cervicales; en los casos moderados o graves hay notable aumento de volumen y edema del cuello, con membranas en la tráquea que pueden provocar obstrucción de las vías respiratorias; la miocarditis y la neuropatía periférica son las complicaciones más severas de la enfermedad.

Caso probable: Toda persona de cualquier edad que presente infección de vías aéreas superiores, con presencia de una pseudomembrana blanco-grisácea, con alguna de las siguientes características: adherente

con borde hiperémico, consistencia dura, fácilmente sangrante que cubra las amígdalas, la faringe o el tabique nasal, y con uno o más de los siguientes signos o síntomas: disfagia, adenomegalias cervicales, disnea, fiebre o estado tóxico infeccioso.

Caso confirmado: Todo caso probable, más el aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae*.

TOS FERINA (A37)

La tos ferina o pertussis es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias, también conocida como “tos quintosa, canto de gallo o whooping cough”, producida por la *Bordetella pertussis* (*B. pertussis*), es un cocobacilo gram negativo y su localización se restringe a los cilios de nasofaringe, tráquea, bronquios y bronquiolos del ser humano quien es el único reservorio y transmisor de la bacteria para el desarrollo de la enfermedad. Es altamente contagiosa, endémica en cualquier época del año y de distribución mundial, afecta del 80 al 90 % de las personas no inmunizadas especialmente en niños, donde es muy común y principalmente en los menores de 1 año de edad. La tos ferina se adquiere por contacto directo con secreciones mucosas de las vías respiratorias de las personas infectadas, probablemente en las gotitas arrojadas al aire. Tiene un periodo de incubación de 6 a 20 días, el cuadro clínico dura de seis a ocho semanas y se identifican tres periodos o fases en el cuadro clásico:

1. Catarral: con duración de una a dos semanas, de inicio insidioso con catarro y tos irritante, es el periodo de máxima transmisibilidad de la enfermedad,

2. Paroxística: dura de cuatro a seis semanas, aquí disminuye la transmisibilidad, se presenta un aumento progresivo en las crisis de tos intensa que evoluciona a paroxismos con accesos repetidos y violentos seguidos de un estridor inspiratorio de tono alto y característico de la enfermedad, durante los paroxismos puede presentarse cianosis y vómito postusígeno. En esta fase por lo general no hay fiebre, salvo que aparezcan complicaciones.

3. Convalecencia: puede durar varias semanas o meses, a pesar de continuar la tos, los enfermos ya no son contagiosos en este periodo.

Caso probable: Niño mayor de 3 meses que presenta: tos de 14 o más días de evolución con dos o más de los siguientes signos y síntomas: tos en (accesos, paroxística, espasmódica, cianozante) o tos seguida de estridor laríngeo; que haya estado en contacto con casos similares en las últimas 2 a 4 semanas o presencia de un brote en la comunidad.

Caso confirmado: Todo caso probable al que se le agrega uno o más de los siguientes criterios: positivo para: *Bordetella pertussis*, (cultivo); Elisa o PCR y por asociación epidemiológica cuando se es contacto conviviente.

SARAMPIÓN (B05)

Enfermedad vírica aguda sumamente contagiosa causada por el virus del sarampión, pertenece a la familia *Paramixoviridae* del género *Morbillivirus*, el reservorio son los seres humanos. Se transmite por diseminación de gotitas suspendidas en el aire o por contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas. El período de incubación es de aproximadamente 10 días, pero puede ser de 7 a 18 días desde la exposición hasta el comienzo de la fiebre, y de unos 14 días hasta que aparece la erupción; ocasionalmente dura de 19 a 21 días.

Se caracteriza por síntomas prodrómicos de fiebre, conjuntivitis, coriza, tos y manchas pequeñas con centro blanco o blanco azulado sobre una base eritematosa en la mucosa del vestíbulo de la boca (manchas de Köplik). Entre el tercero y séptimo día aparece una erupción característica con manchas rojas parduscas, que comienza en la cara y después se generaliza, dura de 4 a 7 días y a veces termina en descamación furfurácea. La enfermedad es más grave en los lactantes, malnutridos y en los adultos que en los niños. Las complicaciones pueden ser consecuencia de la réplica vírica o de una infección bacteriana sobreañadida como: otitis media, neumonía, laringotraqueobronquitis, diarrea y encefalitis.

Caso probable: Toda persona de cualquier edad que presente fiebre y exantema maculopapular, y uno o más de los siguientes signos y síntomas: tos, coriza, conjuntivitis o adenomegalias (retroauriculares, occipitales o cervicales).

Caso confirmado: Todo caso probable en el que se demuestre infección por virus del sarampión mediante técnicas de laboratorio reconocidas por el InDRE, o caso probable que no cuente con muestra o resultado de laboratorio y que esté asociado epidemiológicamente a otro caso confirmado por laboratorio.

Se debe tomar de muestra de sangre y exudado faríngeo, en los primeros cinco días de iniciado el exantema para el adecuado diagnóstico de laboratorio. Para la muestra de sangre puede extenderse la toma hasta 35 días posteriores al inicio del exantema.

RUBÉOLA (B06)

La rubéola es una enfermedad infecciosa y altamente contagiosa causada por el virus de la familia *Togaviridae* del género *Robivirus*. El período de incubación es de 14 a 17 días, con límites de 14 a 21 días. La transmisibilidad es aproximadamente de una semana antes y por lo menos 4 días después de comenzar la erupción. Se caracteriza por una erupción maculopapular y puntiforme difusa, que a veces se asemeja a la del sarampión o la escarlatina. Los menores de edad por lo regular presentan pocos signos generales o no lo muestran, los adultos sufren un pródromo de 1 a 5 días, constituido por hipertermia, cefalea, mal estado general, coriza y conjuntivitis. La linfadenopatía retroauricular, occipital y cervical posterior es el signo más característico y se presenta de 5 a 10 días antes de la erupción.

Caso probable: Es todo cuadro de Enfermedad Febril Exantemática (EFE), en una persona menor de 15 años. En brotes y situaciones especiales, se elimina la edad como criterio de inclusión.

Caso confirmado: Toda persona con una o más de las siguientes características: rash maculopapular generalizado agudo, temperatura mayor de 37.2° C, artralgia, artritis, linfadenopatía, conjuntivitis y que en laboratorio la serología sea positiva para anticuerpos IgM específicos para rubéola o que se aísle el virus.

PAROTIDITIS INFECCIOSA (B26)

Enfermedad vírica aguda que se caracteriza por fiebre, hinchazón y dolor al tacto de una o más glándulas salivales, por lo regular la parótida, y a veces las sublinguales o las submaxilares. La orquitis, que suele ser unilateral, se observa en 20 a 30% de los hombres pospúberes, e incluso en 31% de las mujeres mayores de 15 años aparece mastitis; la esterilidad es una secuela extraordinariamente rara.

Caso: Toda persona que después de 7 días de haber estado en contacto con un enfermo de parotiditis presente dolor o endurecimiento entre el lóbulo de la oreja y la mandíbula, acompañado de inflamación, unilateral o bilateral, fiebre de 39° C y disfagia.

Caso descartado: Toda persona que presente dolor o endurecimiento entre el lóbulo de la oreja y la mandíbula, acompañado de inflamación, sin fiebre, unilateral. A la exploración física presente absceso dentario.

HEPATITIS VÍRICA B (B16)

Desde el punto de vista clínico la hepatitis B aguda puede presentarse con un cuadro sintomático similar a cualquier otra forma de hepatitis viral aguda, con manifestaciones vagas; la exploración física hace sospechar la presencia de hepatitis, pero no determinar la etiología precisa. La fase aguda de la enfermedad pasa inadvertida en el 80% de los pacientes, de hecho la mayoría de los pacientes que llega a la cronicidad desconocen o no recuerdan la fase aguda, sólo se descubre el antecedente con la serología positiva de inmunidad o con las manifestaciones clínicas o serológicas de la hepatitis crónica y la presencia exposición a los factores de riesgo que son: transfusiones de sangre, contacto directo con sangre en escenarios de atención médica, contacto sexual con una persona infectada, tatuajes o acupuntura con agujas o instrumentos contaminadas, agujas compartidas al consumir drogas, compartir elementos personales (como cepillo de dientes, máquinas de afeitar y cortaúñas) con una persona infectada y pacientes sometidos a hemodiálisis por mucho tiempo.

Dolor abdominal, febrícula, o fiebre, cefalea, ataque al estado general, fatiga, mialgias, artralgias, hiporexia, náuseas o vómitos, durante esta fase es poco frecuente encontrar datos exploratorios relevantes. Habitualmente dura 7 a 10 días y da paso a la fase ictericia (10 a 20% de todos los casos); en ésta suele disminuir la intensidad de los síntomas generales, pero en algunos pacientes se produce una pérdida de peso moderada (2.5 a 5 kg) que se mantiene durante la fase ictericia. La fase ictericia tiene una duración variable y no predice la evolución última que tendrá el proceso; cabe esperar una recuperación completa tres o cuatro meses después de la ictericia en las tres cuartas partes de los casos no complicados, en el resto de los casos la recuperación puede retardarse. Una proporción sustancial de pacientes con hepatitis B nunca presentan ictericia (80%).

Caso probable: Caso clínico de hepatitis viral es toda persona con ictericia y/o elevación sérica de las pruebas de funcionamiento hepático (bilirrubina indirecta, transaminasas glutámico-oxaloacéticas (TGO))

Caso confirmado: De hepatitis viral B todo caso probable en el que se logre demostrar, mediante serología la presencia de: IgM: anti-HBc-positivo o HBs Ag positivo o aislamiento del VHB a partir de cultivo de heces.

SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (P35.0)

La rubeola congénita aparece cuando la madre adquiere la infección primaria durante el embarazo; llegando a producir incluso la muerte del feto o el nacimiento de un bebé con defectos congénitos severos. El síndrome de rubeola congénita es causa importante de ceguera, sordera, enfermedad cardíaca y retraso mental.

Caso confirmado: Todo recién nacido enfermo resultado de una rubéola en útero, con disminución de la audición, retinopatía pigmentaria, esplenomegalia, ictericia, microcefalia ó retraso mental.

HEPATITIS VÍRICA A (B15)

Es la causa más común de hepatitis viral en el mundo, aunque la infección por hepatitis A no causa hepatitis crónica o cirrosis, resulta en una morbilidad sustancial y un costo asociado con cobertura médica y pérdida de trabajo. Recientemente ha habido una disminución de la hepatitis A en países en vías de desarrollo que es atribuible a mejoras en sanidad ambiental e inmunización pasiva con inmunoglobulinas. Avances virológicos e inmunológicos actuales han llevado a desarrollar un estado inmunogénico y seguro a través de vacunas inactivadas. Si el análisis de costo y efectividad es favorable la introducción de una inmunización activa para hepatitis A puede llevar en una disminución de la morbi mortalidad de esta enfermedad.

El periodo de incubación es de 30 días, con un rango de 15 a 50 días, el cuadro clínico se caracteriza por insuficiencia hepática leve o moderada de menos de 6 meses de evolución, ocasionalmente la hepatitis aguda tiene una duración mayor sin que esto implique mal pronóstico o evolución hacia la cronicidad. Es una enfermedad que generalmente cursa en forma asintomática (un 10% es sintomática en la infancia y hasta 30 a 40% en el adulto), la mayoría de los casos no muestran ictericia, presentando sólo la fase prodrómica con astenia, adinamia, anorexia, pérdida de peso, dolor leve en el cuadrante superior derecho, un cuadro gastrointestinal (en la mitad de los niños infectados hay diarrea la cual es rara en los adultos) o bien un cuadro similar al de la influenza. Los casos de ictericia inician con un periodo prodrómico que dura de 3 a 4 días, en el que se presenta astenia, adinamia, náusea, vómito, fiebre, pérdida del apetito por el alcohol o cigarro, posteriormente el paciente presenta coluria, acolia e ictericia; cuando estos síntomas aparecen, el resto tienden a disminuir. Hacia la tercera semana de evolución se puede presentar prurito generalizado, que desaparece en unos días, la hepatomegalia es

común en este periodo y hasta en un 20% de los casos puede haber esplenomegalia que cede cuando el paciente se recupera de la infección.

Caso probable: Toda persona con ictericia y/o elevación sérica de las pruebas de funcionamiento hepático (transaminasas glutámico-oxaloacéticas (TGO)).

Caso confirmado: Todo caso probable en el que se logre demostrar, mediante aislamiento a partir de cultivo de heces la presencia de virus de VHA o bien por serología la presencia de: IgM anti-VHA positivo.

ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS (A08.0)

Gastroenteritis esporádica, estacional, de los lactantes y los niños de corta edad, a menudo grave, que se caracteriza por vómitos y fiebre, seguidos por diarrea acuosa. La enteritis debida a rotavirus a veces ocasiona deshidratación profunda y defunciones en los niños de corta edad. En un paciente individual, la enfermedad debida a rotavirus es indistinguible de la que ocasionan otros virus entéricos, aunque la diarrea por rotavirus suele ser más intensa, y se acompaña de fiebre y vómito con mayor frecuencia que la diarrea aguda causada por otros agentes. En los adultos, la infección por lo común es subclínica, pero se han detectado brotes con manifestaciones clínicas en centros geriátricos. El rotavirus causa ocasionalmente diarrea de los viajeros entre los adultos, diarrea en pacientes inmunodeficientes (incluidos los que tienen sida), en los padres de niños con diarrea por rotavirus, y en los ancianos.

Caso sospechoso de diarrea por rotavirus: Todo niño menor de 5 años de edad, con cuadro de diarrea de duración menor a 14 días (atendido en cualquier servicio de la unidad hospitalaria).

Caso probable de diarrea por rotavirus: Es todo paciente que se presente como caso sospechoso que además se acompañe de vómito, fiebre y deshidratación.

Caso confirmado de diarrea por rotavirus: Es el caso que además de cumplir con el criterio de caso probable, cuente con resultado positivo del estudio de muestra de heces, ya sea por rotaforesis, aglutinación en látex o ELISA.

Caso descartado de diarrea por rotavirus: Es todo caso que, además de cumplir con el criterio de caso probable, cuente con resultado negativo del estudio de muestra de heces, ya sea por rotaforesis, aglutinación en látex o ELISA.

INFECCIONES INVASIVAS POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* (A41.3, G00.0, J14)

Están asociadas a una amplia variedad de padecimientos en la población infantil, desde infecciones leves de las vías respiratorias como faringitis, faringoamigdalitis, otitis media, sinusitis, hasta infecciones sistémicas e invasivas como meningitis, neumonía, epiglotitis, empiema, celulitis, artritis séptica, infecciones intestinales, infecciones urinarias y pericarditis entre otras, provocando altas tasas de morbilidad y mortalidad en los menores de 5 años, así como secuelas permanentes en el caso de meningitis y artritis séptica. El *Haemophilus Influenzae* (Hib) es un germen muy común en vías aéreas, pudiendo o no estar asociado a infección y enfermedad, por tanto, su participación como agente causal en muchos cuadros es difícil de demostrar (sobre todo en vías aéreas superiores), así como en otras infecciones invasivas (pericarditis, otitis o septicemia) en las que el diagnóstico no es factible con las técnicas que serán usadas en este sistema. CIE-10^a REV. A41.3 (septicemia debida a Hib), G00.0 (meningitis por Hib), J14 (neumonía debida a Hib).

POLIOMIELITIS AGUDA (A80)

Enfermedad aguda, grave, que afecta al sistema nervioso central, ocasionando parálisis flácida. Los casos leves de poliomiелitis presentan fiebre, malestar general, cefalalgia, náusea y vómito. Los que evolucionan a la forma aguda y grave presentan mialgias con rigidez de cuello y espalda con parálisis flácida asimétrica, alcanzando su máximo a los tres o cuatro días. La parálisis se presenta de acuerdo a la localización de la destrucción de las células.

MENINGITIS MENINGOCÓCICA (A39.0)

El meningococo (*Neisseria meningitidis*) causa meningitis y meningococemia. Los síntomas, que suelen ser graves, incluyen cefaleas, náuseas, vómitos, fotofobia, letargia, exantema, insuficiencia de múltiples órganos, shock y coagulación intravascular diseminada. El diagnóstico es clínico y se confirma con el cultivo y PCR. El tratamiento se realiza con penicilinas o una cefalosporina de tercera generación.

Caso sospechoso: Toda persona que después de haber estado en alguna aglomeración presente fotofobia y comience con rigidez de nuca.

Caso: Toda persona de cualquier edad que en época de invierno o primavera, haya estado en alguna aglomeración y que después de 3 a 4 29 días, presente fiebre repentina, rigidez de nuca, fotofobia, acompañada de vómito con erupción petequeal y con un frotis de petequias positivo a *Neisseria meningitides*.

Caso descartado: Toda persona de cualquier edad que en época de invierno o primavera, haya estado en alguna aglomeración y que después de más de 10 días, presente fiebre repentina, rigidez de nuca, fotofobia, acompañada de vómito con erupción petequeal y con un frotis de petequias sin *Neisseria meningitides*.

INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (B97.7)

La mayoría de estos virus no causan síntomas de ningún tipo, sin embargo causan verrugas y condilomas mientras que otros pueden provocar infecciones subclínicas y desarrollar cáncer cervical, de vulva, vagina, pene o ano.

Caso confirmado: Toda persona que presente en las zonas húmedas de los genitales externos e internos y zona perianal, pápulas circunscritas, hiperqueratósicas de consistencia áspera, indoloras, con aspecto de coliflor y que se corrobore por colposcopia.

ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCO (A40.3, G00.1, J13)

Caso probable de neumonía por bacterias invasivas: Toda persona que presente, tos con expectoración mucopurulenta de menos de 14 días de duración y uno o más de los siguientes: tiraje intercostal, estertores o taquipnea.

Caso confirmado de neumonía por bacterias invasivas: Todo caso en quien se confirme la presencia *S. pneumoniae* mediante técnicas de laboratorio reconocidas por el InDRE, o caso probable en quien se demuestre asociación epidemiológica con otro caso confirmado por laboratorio.

Caso descartado de bacterias invasivas: Todo caso probable en el que no se identifique alguna bacteria invasiva mediante técnicas de laboratorio reconocidas por el InDRE.

INFLUENZA (J09-J11)

Se considera caso sospechoso de influenza a todo caso o defunción que cumpla con los criterios de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) o Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

Enfermedad Tipo Influenza (ETI). Persona de cualquier edad que presente o refiera haber tenido fiebre mayor o igual a 38° C, tos y cefalea, acompañadas de uno o más de los siguientes signos o síntomas: rinorrea, coriza, artralgias, mialgias, postración, odinofagia, dolor torácico, dolor abdominal, congestión nasal o diarrea.

Importante:

- En menores de cinco años de edad, se considera un signo cardinal la irritabilidad, en sustitución de la cefalea.
- En mayores de 65 años o en pacientes inmunocomprometidos, no se requerirá la fiebre como signo cardinal.

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Persona de cualquier edad que presente dificultad al respirar, con antecedente de fiebre mayor o igual a 38° C y tos, con uno o más de los siguientes síntomas: ataque al estado general, dolor torácico o polipnea.

- Tiene como objetivo incluir las neumonías relacionadas con infección por influenza y las enfermedades respiratorias por influenza que son exacerbadas por enfermedades crónicas.
- En pacientes inmunocomprometidos o con manejo terapéutico con antipiréticos no se presentará el pico febril descrito en la definición operacional.
- Así mismo en pacientes con apoyo respiratorio automatizado no se requerirá la tos como signo indispensable para su ingreso como sospechoso a influenza.

VARICELA (B01)

Infección viral producido por el herpesvirus α (humano) de tipo 3, el cual provoca un cuadro que se caracteriza, tras un breve período prodrómico con malestar general, fiebre y dolor localizado, por la aparición de pápulas eritematosas que se transforman rápidamente en vesículas.

Las lesiones varicelosas, que aparecen en brotes sucesivos en el transcurso de varios días y se infectan con frecuencia de forma secundaria, forman costras secas.

Caso confirmado: Toda persona que presente fiebre moderada acompañada de una erupción cutánea macular al inicio (unas pocas

horas) y vesicular durante tres o cuatro días que deja costras granulosas en todo el cuerpo.

II. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL APARATO DIGESTIVO

El grupo está constituido por 14 enfermedades:

- Cólera (A00)
- Fiebre Tifoidea (A01.0)
- Shigelosis (A03)
- Infecciones Intestinales por Otros Organismos y las Mal definidas (A04, A08-A09 excepto A08.0)
- Intoxicación Alimentaria Bacteriana (A05)
- Amebiasis Intestinal (A06.0-A06.3, A06.9)
- Giardiasis (A07.1)
- Otras infecciones Intestinales Debidas a Protozoarios (A07.0, A07.2, A07.9)
- Áscaris (B77)
- Enterobiasis (B80)
- Otras Helmintiasis (B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83 excepto B73 y B75)
- Absceso Hepático Amebiano (A06.4)
- Otras Salmonelosis (A02)
- Fiebre Paratifoidea (A01.1-A01.4)

CÓLERA (A00)

Es una infección intestinal aguda causada por el *Vibrio cholerae* O1 o por *Vibrio cholerae* O139 toxigénicos, que se transmite al hombre por la ingesta de agua o alimentos contaminados por alguno de estos microorganismos.

Caso probable

En localidades donde no se ha demostrado (o se desconoce) la circulación de *V. cholerae* O1 o de *V. cholerae* O139 TOXIGÉNICOS se considerará caso probable a todo enfermo de diarrea que tenga cinco

años de edad o más, que presente cinco evacuaciones o más en 24 horas y cuyo cuadro clínico no sea mayor a cinco días de evolución ("regla de los cincos").

En localidades donde se ha demostrado la circulación de *V. cholerae* O1 o de *V. cholerae* O139 TOXIGÉNICOS en los últimos 90 días o en las comunidades ubicadas dentro del área de los cercos epidemiológicos, se considerará como caso probable, a toda persona con diarrea de no más de cinco días de evolución, independientemente de su edad.

FIEBRE TIFOIDEA (A01.0)

Enfermedad infecciosa intestinal producida por un microbio que se caracteriza por la ulceración de los intestinos y por causar fiebres altas y prolongadas, causa diarrea y una erupción cutánea. Es provocada comúnmente por un tipo de bacteria llamada *Salmonella typhi*. Los síntomas iniciales incluyen fiebre, indisposición general y dolor abdominal. A medida que empeora la enfermedad, se presenta una fiebre alta (103° F o 39.5° C) o superior y diarrea profusa. Algunas personas presentan una erupción llamada "manchas rosas", que son pequeños puntos rojos en el abdomen y el tórax.

Otros síntomas que se presentan incluyen:

- Heces con sangre
- Escalofríos
- Agitación, confusión, delirio, ver o escuchar cosas que no están ahí (alucinaciones)
- Dificultad para prestar atención (déficit de atención)
- Sangrado nasal
- Fatiga intensa
- Lentitud, letargo, sensación de debilidad

Caso probable: Toda persona que presente: cefalalgia intensa, fiebre continua en agujas (de predominio vespertino), malestar general y uno ó más de los siguientes signos o síntomas: estreñimiento y/o diarrea, calofríos y anorexia.

Caso confirmado: Todo caso probable en el que se aísle *Salmonella typhi* en sangre en la primera y segunda semana y después en orina y heces fecales.

SHIGELOSIS (A03)

La Shigelosis es una infección bacteriana aguda provocada por bacilos del género *Shigella*, que afecta al intestino grueso y a la porción distal del intestino delgado, se caracteriza por diarrea acompañada de fiebre, náusea y a veces toxemia, vómito, cólico y tenesmo. En los casos típicos, el excremento contiene sangre y moco (disentería), sin embargo, muchos casos se presentan con cuadro inicial de diarrea acuosa. Se presenta en forma de cuadros leves y graves, estos últimos dependiendo del huésped y del serotipo, por ejemplo la *Shigella dysenteriae* suele ocasionar cuadros y complicaciones graves, que incluyen megacolon tóxico y síndrome urémico hemolítico.

Caso probable: Toda persona que presente al inicio diarrea acuosa, después sanguinolenta acompañada de fiebre, náusea, vómitos, cólico intestinal con duración de 4 a 7 días

Caso confirmado: Todo en el que se aisle *shigella* en materia fecal con medio de agar S/S

INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS Y LAS MAL DEFINIDAS (A04, A08-A09 EXCEPTO A08.0)

La diarrea es una enfermedad caracterizada por la evacuación frecuente de deposiciones anormalmente blandas o líquidas que contienen más agua de lo normal, lo cual implica pérdida de sales (electrolitos), importantes para mantener el estado de hidratación del individuo. También pueden contener sangre, en cuyo caso se conoce como disentería. Los microorganismos comúnmente asociados a diarreas son: Rotavirus, *Shigella*, *Salmonella* y Cólera. Estos agentes generalmente se diseminan por vía fecal-oral (ano-mano-boca), producto de la ingestión de agua o alimentos contaminados con microorganismos infecciosos provenientes de la materia fecal, o el contacto directo con residuos fecales.

El número de evacuaciones intestinales varía según la dieta y la edad de la persona, generalmente se define como diarrea cuando se presentan tres o más evacuaciones intestinales blandas o líquidas por día (24 horas). Según su duración, la diarrea puede clasificarse como aguda o persistente. La aguda comienza súbitamente y tarda menos de dos semanas. La persistente comienza como diarrea aguda, pero dura 14 días o más.

Caso de EDA: Todo paciente de cualquier edad que demande atención médica por presentar cinco o más evacuaciones diarreicas en 24 horas durante no más de cinco días con o sin datos de deshidratación.

Caso de EDA Moderada: Paciente de cualquier edad que demande atención médica por presentar cuadro diarreico con cinco o más evacuaciones en 24 horas, cuya evolución sea menor a cinco días y que presente datos de deshidratación moderada.

Caso de EDA Grave: Paciente de cualquier edad que demande atención médica por presentar cuadro diarreico con cinco o más evacuaciones en 24 horas, cuya evolución sea menor a cinco días y que tenga dos o más de los siguientes:

- Vómito (más de cinco en 24 horas)
- Cuadro disentérico
- Temperatura mayor a 38° C
- Datos de deshidratación moderada a grave.

INTOXICACIÓN ALIMENTARIA BACTERIANA (A05)

Los organismos infecciosos o sus toxinas pueden contaminar los alimentos en cualquier momento del procesamiento o la producción. Si los alimentos se manipulan o cocinan de manera incorrecta, la contaminación también puede producirse en el hogar.

Los síntomas de intoxicación alimentaria, que pueden comenzar unas horas después de haber ingerido alimentos contaminados, a menudo comprenden náuseas, vómitos o diarrea. En la mayoría de los casos, la intoxicación alimentaria es leve y desaparece sin tratamiento. Pero algunas personas necesitan ir al hospital.

Contaminante	Aparición de los síntomas	Alimentos afectados y medios de transmisión
<i>Campylobacter</i>	De 2 a 5 días	Carne de res y carne de ave. La contaminación se produce durante el procesamiento si las heces del animal entran en contacto con las superficies de la carne. Otras fuentes son la leche no pasteurizada y el agua contaminada.

Contaminante	Aparición de los síntomas	Alimentos afectados y medios de transmisión
<i>Clostridium botulinum</i>	De 12 a 72 horas	Los alimentos envasados en el hogar con baja acidez, los alimentos comerciales mal envasados, el pescado ahumado o en salazón, las papas horneadas en papel de aluminio y otros alimentos que se mantienen a temperaturas elevadas durante demasiado tiempo
<i>Clostridium perfringens</i>	De 8 a 16 horas	Carnes, estofados y salsas. Por lo general, se transmite cuando las fuentes no mantienen la comida lo suficientemente caliente o cuando la comida se enfría muy lentamente.
<i>Escherichia coli</i> (<i>E. coli</i>) O157:H7	De 1 a 8 días	Carne de res contaminada con heces durante el carneado. Se transmite principalmente a través de la carne de res molida poco cocida. Otras fuentes son la leche y la sidra de manzanas no pasteurizadas, los brotes de alfalfa y el agua contaminada.
<i>Giardia lamblia</i>	De 1 a 2 semanas	Productos crudos y listos para consumir, y agua contaminada. Puede transmitirse a través de las personas infectadas que manipulan los alimentos.
Hepatitis A	28 días	Productos crudos y listos para consumir, y mariscos de agua contaminada. Puede transmitirse a través de personas infectadas que manipulan los alimentos.

Contaminante	Aparición de los síntomas	Alimentos afectados y medios de transmisión
Listeria	De 9 a 48 horas	Perros calientes, fiambres, leche y quesos no pasteurizados, y productos crudos sin lavar. Puede transmitirse a través del suelo y el agua contaminados.
Norovirus (virus tipo Norwalk)	De 12 a 48 horas	Productos crudos y listos para consumir, y mariscos de agua contaminada. Puede transmitirse a través de las personas infectadas que manipulan los alimentos.
Rotavirus	De 1 a 3 días	Productos crudos y listos para consumir. Puede transmitirse a través de las personas infectadas que manipulan los alimentos.
Salmonela	De 1 a 3 días	Carne de res, carne de ave, leche o yemas de huevo crudas o contaminadas. Sobrevive a una mala cocción. Puede transmitirse a través de los cuchillos, las superficies de corte o las personas infectadas que manipulan los alimentos.
<i>Shigela</i>	De 24 a 48 horas	Mariscos y productos crudos y listos para consumir. Puede transmitirse a través de las personas infectadas que manipulan los alimentos.
<i>Staphylococcus aureus</i>	De 1 a 6 horas	Carnes y ensaladas listas para consumir, salsas de crema y masas rellenas con crema. Puede transmitirse a través del contacto con las manos, la tos y los estornudos.
<i>Vibrio vulnificus</i>	De 1 a 7 días	Ostras crudas; y almejas, vieiras enteras y mejillones crudos o poco cocidos. Puede transmitirse a través del agua de mar contaminada.

A05.0 Intoxicación alimentaria estafilocócica

Caso sospechoso: Toda persona que después de comer presente vómitos sin causa aparente.

Caso: Toda persona que presente de forma súbita vómitos, dolor abdominal, postración e, hipotermia intensa, diaforesis, después de 2 horas de haber ingerido alimentos de preferencia lácteos (quesos, flanes, leche, atoles y cárnicos).

Caso descartado: Toda persona que presente de forma súbita vómitos, dolor abdominal, postración intensa, hipotermia intensa, diaforesis, sin haber ingerido alimentos en más de 8 horas.

A05.1 Botulismo

Caso sospechoso: Toda persona que ingirió comida enlatada y presente visión borrosa

Caso: Toda persona que después de haber ingerido alimentos enlatados o procesados presente fatiga intensa, debilidad y vértigo, visión borrosa, dificultad para respirar y hablar, acompañados de parálisis descendente. Y que por laboratorio se identifique en el aspirado gástrico o en las heces del paciente el *Clostridium botulinum*.

Caso descartado: Toda persona que sin causa aparente presente fatiga intensa, debilidad y vértigo, visión borrosa, dificultad para respirar y hablar, acompañados de parálisis descendente y que no presente toxinas en el aspirado gástrico o en el examen de las heces de *Clostridium botulinum*.

A05.2 Intoxicación alimentaria debido a *Clostridium perfringens* (enteritis necrótica)

Caso sospechoso: Toda persona que después de haber ingerido alimentos presente cólicos y diarrea.

Caso: Toda persona que presente cólicos seguidos de diarrea, con nauseas, sin fiebre, de duración de un día, después de haber ingerido alimentos, con examen de laboratorio de hallazgo de *Clostridium perfringens* en las heces o en los alimentos.

Caso descartado: Toda persona que presente cólicos seguidos de diarrea, con nauseas, sin fiebre, de duración de un día, después de haber ingerido alimentos, con examen de laboratorio sin hallazgo de *Clostridium perfringens* en las heces o en los alimentos.

A05.3 Intoxicación alimentaria debida a *Vibrio parahaemolyticus*

Caso sospechoso: Toda persona que presente diarrea acuosa y tiene historia reciente de haber ingerido alimentos.

Caso confirmado: Toda persona que después de haber ingerido alimentos, presente diarrea acuosa y cólicos abdominales, con vómitos, fiebre y cefalea con duración de 7 días y por laboratorio se aíslan *Vibrio parahaemolyticus*.

Caso descartado: Toda persona que presente diarrea acuosa, fiebre, cólicos abdominales y que por laboratorio no se aíslan *Vibrio parahaemolyticus*.

A05.4 Intoxicación alimentaria debida a *Bacillus cereus*

Caso sospechoso: Toda persona que después de comer arroz o alimentos crudos presenta dolor abdominal.

Caso: Toda persona que presente náusea vómito súbito, dolor abdominal, diarrea con duración de 1 día después de comer alimentos crudos o procesados como arroz, que estuvo a temperatura ambiente con examen de laboratorio que reporta *Bacillus cereus*.

Caso descartado: Toda persona de cualquier edad que presente náusea vómito súbito, dolor abdominal, diarrea con duración de 1 día después de comer alimentos crudos o procesados como arroz que estuvo a temperatura ambiente, en el laboratorio sin *Bacillus cereus* en las heces.

A05.8 y A05.9 Otras intoxicaciones alimentarias debidas a bacterias especificadas.

Caso: Toda persona de cualquier edad que después de varias horas o días de haber ingerido alimentos presente vómitos frecuentes, diarrea líquida o con sangre de más de 3 días de duración, calambres abdominales, fiebre y visión borrosa.

Caso descartado: Toda persona que después de varias horas o días de haber ingerido alimentos almacenados en bodegas, presente, vómitos frecuentes, calambres abdominales, fiebre y visión borrosa y en el examen de heces no presente bacterias.

AMEBIASIS INTESTINAL (A06.0-A06.3, A06.9)

La amebiasis es la infección por *Entamoeba histolytica*. En general, es asintomática, pero sus síntomas pueden ir desde diarrea leve hasta disentería grave. Las infecciones extraintestinales pueden manifestarse como abscesos hepáticos. El diagnóstico consiste en la identificación de la *E. histolytica* en muestras de heces o con pruebas serológicas.

A06.0 (Disentería Amebiana aguda)

A06.9 (Amebiasis no especificada)

Caso probable: Todo individuo de más de dos años de edad que presente síndrome disentérico o diarreico con 3 a 5 evacuaciones diarreicas escasas con moco y sangre en 24 horas, acompañadas de dolor abdominal, con pujo y tenesmo rectal, sin fiebre ni datos de toxoinfección.

Caso confirmado: Todo caso probable que en el examen de heces frescas presente trofozoitos o quistes de *Entamoeba histolytica*.

A06.3 (Ameboma Intestinal)

Caso probable: Todo individuo de más de dos años de edad que presente síndrome disentérico o diarreico con 3 a 5 evacuaciones diarreicas escasas con moco y sangre en 24 horas, acompañadas de dolor abdominal, con pujo y tenesmo rectal, sin fiebre ni datos de toxoinfección y que se palpe una masa dolorosa al nivel de ciego o colón ascendente.

Caso confirmado: Todo caso probable que en el examen de heces frescas presente trofozoitos o quistes de *Entamoeba histolytica*.

GIARDIASIS (A07.1)

Es una enfermedad infecciosa que afecta a la primera parte del intestino delgado conocida como duodeno, es debida a un parásito conocido como *Giardia lamblia*, suele ser más frecuente en niños, especialmente entre el primer y los cuatro años, sin embargo puede presentarse en cualquier edad siendo comunes las reinfecciones.

La forma de transmisión de este parásito es a través del consumo de agua o alimentos contaminados. También es posible adquirirlo al entrar en contacto con animales domésticos como los perros y los gatos y por el ganado vacuno.

Las Giardia tienen la capacidad de colonizar el intestino y afectar las vellosidades intestinales lo que interfiere con el proceso de absorción de nutrientes que normalmente ocurre a ese nivel, esto hace que aumente la presión oncótica del contenido intestinal lo que lleva a presentar episodios

de diarrea pastosa con flatulencia fétida que cuando persiste por varias semanas pueden llevar al desarrollo de un trastorno conocido como malabsorción intestinal.

También pueden presentarse otras molestias como dolor abdominal ubicado preferentemente en la parte alta del abdomen conocida comúnmente como boca del estómago, distensión abdominal, gases, dolor en las articulaciones, alergias en la piel e incluso urticaria. Cuando la diarrea es persistente se asocian pérdida de peso, anemia y desnutrición.

Caso probable: Toda persona que presente diarrea crónica (más de 14 días), esteatorrea, cólicos abdominales, sensación de distensión y expulsión de heces laxas, pálidas y grasosas.

Caso confirmado: Todo caso probable y/o que en el examen de laboratorio se identifiquen quistes o trofozoitos en el coproparasitológico seriado.

OTRAS INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A PROTOZOARIOS (A07.0, A07.2, A07.9)

A07.0 Balantidiasis

Caso probable: Personas con diarrea o disentería y tenesmo.

Caso: Toda persona que presente diarrea o disentería acompañada de cólicos abdominales, tenesmo, náusea y vómito, con expulsión de heces fecales con sangre y moco, en el examen de las heces se identifican quistes de *Balantidium coli* o trofozoitos.

Caso descartado: Toda persona que presente diarrea o disentería acompañada de cólicos abdominales, tenesmo, náuseas y vómitos, con expulsión de heces fecales con sangre y moco, en el examen de las heces se identifican amibas.

A07.2 Criptosporidiasis

Caso sospechoso: Toda persona que presente diarrea acuosa.

Caso: Toda persona que presente diarrea profusa y acuosa con cólicos abdominales, vómitos y periodos de anorexia con remisión a los 30 días, en el examen hay identificación de oocistos de *Cryptosporidium parvum* en las heces.

Caso descartado. Toda persona que presente diarrea profusa y acuosa con cólicos abdominales, con vómitos y periodos de anorexia con remisión en una semana, en el examen no hay identificación de oocistos de *Cryptosporidium parvum* en las heces.

A07.9 Enfermedad intestinal debida a protozoarios, no especificada

Caso: Toda persona que presente diarrea acuosa con cólicos abdominales, vómitos y periodos de anorexia.

Caso descartado: Toda persona que presente periodos de anorexia, diarrea no acuosa, cólicos abdominales y los exámenes de heces sean negativos

ASCARIS (B77)

La ascariasis es la infección por *Áscaris lumbricoides* o en ocasiones por *Áscaris suum* (un parásito de los cerdos estrechamente relacionado). Las infecciones leves pueden ser asintomáticas. Los síntomas iniciales son respiratorios (tos, sibilancias), mientras que los tardíos consisten en dolor secundario a la obstrucción de la luz gastrointestinal (intestinal o de los conductos biliar o pancreático) por los helmintos adultos. Los niños con infección crónica pueden presentar desnutrición. El diagnóstico se realiza a través de la identificación de los huevos o los helmintos adultos en las heces, los helmintos adultos que migran desde la nariz o la boca o las larvas presentes en el esputo durante la fase de migración pulmonar. El tratamiento consiste en albendazol, mebendazol o ivermectina.

Caso confirmado: Todo individuo que presente: distensión abdominal, cuadros diarreicos crónicos y que pueden acompañarse de expulsión de gusanos vivos redondos por las heces, nariz o boca y/o que en las heces fecales (coproparasitoscópico seriado) se encuentren huevecillos de ascárides.

ENTEROBIASIS (B80)

Enterobius vermicularis es un nematodo cuyo único hospedero natural es el humano. Su distribución es cosmopolita, tanto en zonas templadas como en los trópicos, y se presenta en todos los niveles socioeconómicos, aunque prevalece en condiciones de hacinamiento y falta de higiene. Se observa el mayor número de casos en niños de <1 - 9 años de edad, y a nivel institucional: internados, orfanatos, cuarteles, guarderías, hospitales psiquiátricos. Debe considerarse como una patología que abarca a todo el

núcleo familiar. La forma infectiva es el huevo embrionado, que se adquiere habitualmente por contaminación fecal - oral, a través de fómites (juguetes, ropa de cama, otros objetos) y manos, o por inhalación. La autoinfección ocurre debido al rascado de la zona perianal, y la transferencia de huevos infectantes a la boca.

Caso probable: Toda persona que presente prurito anal intenso, de preferencia nocturno y uno o más de los siguientes: bruxismo, insomnio, irritabilidad, vulvovaginitis especialmente en niñas.

Caso confirmado: Todo caso probable en que se identifiquen huevos de *enterovius vermicularis* o parásitos adultos por técnicas de laboratorio.

Caso descartado: todo caso probable en que no se identifiquen huevos o parásitos de *enterobius vermicularis* por técnicas de laboratorio.

OTRAS HELMINTIASIS (B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83 EXCEPTO B73 Y B75)

Las helmintiasis transmitidas por el suelo son una enfermedad parasitaria causada por diferentes especies de gusanos. Se transmiten por huevos presentes en las heces humanas que contaminan el suelo en las zonas con malos sistemas de saneamiento. Los niños infectados sufren deterioro nutricional y físico. El control de la enfermedad se basa en lo siguiente: desparasitación periódica para eliminar los gusanos; educación sanitaria para prevenir la reinfección; y mejora del saneamiento para reducir la contaminación del suelo por huevos infectivos.

Caso sospechoso: Toda persona que presente crecimiento y dolor abdominal

Caso: Toda persona de cualquier edad, que presente hiporexia, dolor y crecimiento abdominal, cefalea, convulsiones, vértigo y examen coproparasitológico positivo.

Caso descartado: Toda persona con anorexia, abdomen crecido no doloroso, cefalea, vértigo y coproparasitológico seriado negativo

ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO (A06.4)

El cuadro clínico es de presentación aguda, con una o dos semanas de fiebre (38.5 a 39.5° C) y dolor en hipocondrio derecho. La participación de la cara diafragmática del hígado puede provocar dolor pleural del lado derecho o referido al hombro. El dolor abdominal constante en el cuadrante superior derecho o epigastrio se asocia más frecuentemente

con el AHA en el lóbulo izquierdo. La diarrea, en forma concurrente, está presente en menos de un tercio de los pacientes. Algunos pacientes refieren haber tenido disentería en los meses anteriores. Para los viajeros que regresan de una zona endémica, la presentación por lo general ocurre dentro de 8 a 20 semanas (mediana de 12 semanas) y dentro de cinco meses de su regreso en el 95% de los pacientes. Ocasionalmente, los pacientes tienen una presentación más crónica con meses de fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal.

El examen físico, en aproximadamente 50% de los casos, revela hepatomegalia y sensibilidad en el área hepática. La ictericia clínica se produce en menos de 10% de los pacientes. En ocasiones, el absceso se rompe al peritoneo, causando peritonitis (2 a 7%). La trombosis de la vena hepática y de la vena cava inferior secundaria a la formación del absceso hepático también ha sido reportada.

En todo paciente, con cuadro clínico de absceso hepático amebiano y hallazgo de masa ileocecal a la exploración física, se debe sospechar ameboma.

Caso probable: Toda persona con antecedente de disentería meses atrás, que presente dolor en área hepática que aumenta con el movimiento (síndrome del camión) y que se irradia a hombro derecho, acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: fiebre elevada de difícil control, calofríos, náuseas, vómitos y pérdida de peso.

Caso confirmado: Todo caso probable que en el examen de heces frescas presente trofozoitos o quistes de *Entamoeba histolytica*.

OTRAS SALMONELOSIS (A02)

Enfermedad bacteriana que comúnmente se manifiesta por enterocolitis aguda, de comienzo repentino, que incluye cefalalgia, dolor abdominal, diarrea, náusea y a veces vómitos. La deshidratación, especialmente en los lactantes y en los ancianos, puede ser grave. Casi siempre hay fiebre. Con frecuencia, la anorexia y la diarrea persisten durante días. La infección puede comenzar en la forma de una enterocolitis aguda y transformarse en septicemia o infección focal.

Caso sospechoso: Toda persona que presenta dolor abdominal y fiebre.

Caso: Toda persona que presente fiebre en periodos bajos y altos continuos, dolor abdominal, náuseas, vómitos de 8 a diez días después de haber ingerido alimentos en lugares públicos.

Caso descartado: Toda persona que haya ingerido alimentos en lugares públicos y presente dolor abdominal, náuseas y vómitos sin fiebre.

FIEBRE PARATIFOIDEA (A01.1-A01.4)

Realizar historia clínica y exploración física completa, anamnesis de la fiebre y sintomatología acompañante, así como de hábitos higiénico-dietéticos.

Caso probable:

- Fiebre >39 °C más de 3 días
- Anorexia
- Cefalea
- Malestar general

Se recomienda investigar la presencia de otros datos que apoyen la sospecha clínica: Constipación o diarrea, náuseas y vómito, Dolor abdominal, tos seca, irritabilidad, hiporexia, epistaxis, erupción cutánea (manchas planas de color rojo en tórax y abdomen, son menos frecuentes en cara interna de muslos).

Caso confirmado: La confirmación de fiebre paratifoidea requiere la presencia de *S. paratyphi*, en hemocultivo, mielocultivo, coprocultivo o cultivo de secreción duodenal.

Al no haber pruebas serológicas definitivas para el diagnóstico de fiebre paratifoidea, la sospecha clínica es fundamental. La combinación de antecedente de riesgo de infección con inicio gradual de fiebre que se exacerba después de algunos días debe hacernos sospechar el diagnóstico.

En pacientes con factores de riesgo como neonatos en cuneros o pacientes con patología oncológica, los métodos diagnósticos para fiebre paratifoidea tienen el mismo valor que en la población sin patología de base u otro factor de riesgo asociado.

III. ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL APARATO RESPIRATORIO

El grupo está constituido por 5 enfermedades:

- Tuberculosis Respiratoria (A15-A16)
- Otitis Media Aguda (H65.0-H65.1)
- Faringitis y Amigdalitis Estreptocócicas (J02.0, J03.0)
- Infecciones Respiratorias Agudas (J00-J06, J20, J21 4 excepto J02.0 Y J03.0)
- Neumonías Y Bronconeumonías (J12-J18 excepto J18.2, J13 y J14)

TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (A15-A16)

Caso probable: Toda a la persona que presenta tos con expectoración o hemoptisis, de dos o más semanas de evolución. En niñas y niños, todo caso que presenta tos con o sin expectoración durante dos o más semanas, fiebre, diaforesis nocturna, detención o baja de peso. En el menor de 15 años de edad se investigará el antecedente de algún contacto positivo, la presencia de tos fiebre, disnea o síndrome meníngeo.

Caso comprobado: Es aquel caso en el que se comprueba por baciloscopía, por cultivo o estudio histopatológico la presencia de bacilos ácido-alcohol resistente (BAAR) y se acepta un 10% casos diagnosticados clínicamente y con apoyo de radiografía.

Caso de tuberculosis: El paciente en quien se establece el diagnóstico de enfermedad clínicamente y se clasifica en “confirmado” y “no confirmado” por bacteriología, cultivo o estudio histopatológico.

Caso confirmado: Es aquella persona que presenta tos de más de dos semanas de evolución y que se comprueba por baciloscopía, por cultivo

OTITIS MEDIA AGUDA (H65.0-H65.1)

La otitis media aguda es una infección bacteriana o viral del oído medio, que en general acompaña una infección de las vías respiratorias superiores. Los síntomas consisten en otalgia, a menudo con síntomas sistémicos (p. ej., fiebre, náuseas, vómitos y diarrea), sobre todo en los muy

pequeños. El diagnóstico se basa en la otoscopia. El tratamiento se realiza con analgésicos y a veces con antibióticos.

Caso sospechoso: Toda persona que presente dolor en oídos.

Caso: Toda persona que presentó tos continua o cuadro de vías respiratorias altas, acompañado de otalgia, otorrea y a la exploración presentó tímpano hiperémico abombado. Todo niño menor de 3 años que presenta dolor intenso localizado al oído, irritabilidad, fiebre, otorrea menor de 15 días y que mediante otoscopía simple se observe enrojecimiento y movilidad reducida del tímpano.

Caso descartado. Toda persona que presente, tos continua o cuadro de vías respiratorias altas sin otalgia y que a la exploración con otoscopio no tenga el tímpano abombado

FARINGITIS Y AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICAS (J02.0, J03.0)

Caso probable: Toda persona con faringe y amígdalas hiperemias, fiebre mayor a 38° C y odinofagia y uno o más de los siguientes: adenopatía cervical, exudado blanquecino o purulento, escalofríos, cefalea.

Caso confirmado: Caso probable en el cual se identifique el estreptococo por técnicas de laboratorio.

Caso descartado: Caso en el cual no se identifique el estreptococo por técnicas de laboratorio.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (J00-J06, J20, J21 EXCEPTO J02.0 Y J03.0)

Las infecciones respiratorias agudas son enfermedades que afectan desde oídos, nariz, garganta hasta los pulmones, generalmente se autolimitan, es decir, no requieren de antibióticos para curarlas y no suelen durar más de 15 días.

Las infecciones respiratorias son ocasionadas en su mayoría por virus, aunque también pueden ser bacterias o parásitos, que se transmiten de persona a persona a través de las gotitas de saliva que expulsamos al toser o estornudar. También puede ser por contacto con superficies contaminadas como son manijas de las puertas, barandales de transporte público, mesas o escritorio, entre otros.

J00 Rinofaringitis aguda

Caso sospechoso: Toda persona que presente malestar general, acompañado de rinorrea de más de 24 horas de duración.

Caso: Toda persona de cualquier edad que presente en forma brusca, fiebre, cefalea malestar general y rinorrea continua y calosfríos, malestar general en cualquier época del año con 3 días de duración.

Caso descartado: Toda persona que presente, fiebre, cefalea, malestar general, con rinorrea en el inicio de la primavera.

J01 Sinusitis aguda

Caso sospechoso: Toda persona que presente dolor en las cavidades que rodean los senos paranasales con dificultad para respirar.

Caso: Toda persona de cualquier edad que presente dolor y presión detrás de los ojos y las cavidades que rodean los senos nasales, congestión nasal, dificultad para respirar, cefalea, con duración de una semana.

Caso descartado: Toda persona que presente dolor y presión detrás de los ojos y las cavidades que rodean los senos nasales, congestión nasal, dificultad para respirar, cefalea, con duración de una semana. A la exploración física presente tabique nasal desviado o pólipos.

J02 Faringitis aguda

Caso sospechoso. Toda persona que presente disfagia y malestar general de 24 horas de duración.

Caso. Toda persona de cualquier edad que presente de forma súbita sensación dolorosa en la garganta, sequedad, acompañada de dificultad para tragar, y en la exploración física presente enrojecimiento de mucosa faríngea

Caso descartado. Toda persona que presente de forma súbita sensación dolorosa en la garganta, sequedad, acompañada de dificultad para tragar y en la exploración física no presente enrojecimiento de mucosa faríngea

J03 Amigdalitis aguda

Caso sospechoso: Toda persona que presente disfagia al pasar alimentos de 24 horas de duración.

Caso: Toda persona de cualquier edad que presente dolor intenso en la garganta, puede llegar hasta los oídos, disfagia cuando se abre la boca o se tragan alimentos sólidos, cefalea, aparición de ganglios en cuello y a la exploración física presente placas blanquecinas sobre las amígdalas.

Caso descartado. Toda persona que presente dolor intenso en la garganta, que llega hasta los oídos, disfagia cuando abre la boca o traga alimentos sólidos, cefalea, aparición de ganglios en cuello y a la exploración física la mucosa faríngea se encuentra normal.

J04.2 Laringotraqueitis aguda

Caso sospechoso: Todo niño o adolescente que presente estridor laríngeo sin causa aparente.

Caso: Todo caso de más de 3 meses a 15 años de edad que presente de inicio súbito, tos traqueal, estridor laríngeo inspiratorio y disfonía

Caso descartado: Todo caso de más de 3 meses de edad a los 15 años que presente de inicio súbito, tos traqueal, disfonía y que haya ingerido un cuerpo extraño.

J05 Laringitis obstructiva aguda y epiglotis

Caso sospechoso: Toda persona que presente tos seca acompañada de estridor inspiratorio de 24 horas de duración.

Caso: Todo niño de más de 3 meses que presente en otoño y principios de invierno, cuadro de más de dos días de duración con tos seca, fiebre, estridor inspiratorio, afonía y taquipnea.

Caso descartado: Todo niño de más de 3 meses que presente en otoño y principios de invierno, cuadro de más de dos días de duración con tos seca, estridor inspiratorio, afonía y no presente fiebre y que haya ingerido algún medicamento o le aplicaron alguna otra sustancia.

J20 Bronquitis aguda

Caso sospechoso: Toda persona que presente, tos acompañada de sibilancias de más de 2 días de duración.

Caso: Toda persona de cualquier edad que presente tos nocturna de 10 días a 2 semanas de duración. Fiebre, disnea y cianosis, acompañada de sibilancias.

Caso descartado: Toda persona que presente tos continúa de más de 10 días de duración, cianosis, disnea, sin fiebre y a la exploración física no presenta sibilancias en tórax.

J21 Bronquiolitis aguda

Caso sospechoso: Toda persona que presente tos acompañada de estertores

Caso: Todo niño mayor de 2 meses a 15 años que presente rinorrea, tos seca o húmeda, taquipnea, disnea, frecuencia respiratoria incrementada y estertores finos.

Caso descartado: Todo niño mayor de 2 meses a 15 años que presente rinorrea, tos seca o húmeda, taquipnea, disnea, frecuencia respiratoria normal.

NEUMONÍAS Y BRONCONEUMONÍAS (J12-J18 EXCEPTO J18.2, J13 Y J14)

La neumonía es una infección de uno o los dos pulmones. Muchos gérmenes, como bacterias, virus u hongos, pueden causarla. También se puede desarrollar al inhalar líquidos o químicos. Las personas con mayor riesgo son las mayores de 65 años o menores de dos años o aquellas personas que tienen otros problemas de salud.

Caso sospechoso: Toda persona después de un cuadro respiratorio presente dolor pleurítico y tos herrumbrosa.

Caso: Toda persona que después de 1 a 3 días de haber estado en contacto con enfermos de tos y secreción nasal, presente fiebre elevada, dolor pleurítico, mialgias y tos herrumbrosa, disnea que puede llegar a la muerte, con aislamiento de neumococos en sangre.

Caso descartado: toda persona que después de 1 a 3 días de haber estado en contacto con enfermos de tos y secreción nasal que presente fiebre elevada, sin dolor pleurítico, mialgias y tos herrumbrosa, disnea y que en el esputo no se encuentren diplococos gram-positivos y no hay presencia de leucocitos polimorfo nucleares.

Broncneumonías

Caso: Toda persona de cualquier edad que presente fiebre de más de 38 a 30°, tos, expectoración con historia previa de infección de vías respiratorias altas, presenta en tele de tórax opacidades focales pequeñas de color, en exudado no presenta fibrina.

Caso descartado: Toda persona de cualquier edad que presente fiebre de más de 38 a 30°, tos, expectoración con historia previa de infección de vías respiratorias altas, presenta en Rx de tórax opacidades focales pequeñas de color, en exudado presenta fibrina.

IV. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Este grupo está formado por 11 enfermedades

- Sífilis Congénita (A50)
- Sífilis Adquirida (A51-A53)
- Infección Gonocócica del Tracto Genitourinario (A54.0-A54.2)
- Linfogranuloma Venéreo por Clamidas (A55)
- Chancro Blando (A57)
- Tricomoniasis Urogenital (A59.0)
- Herpes Genital (A60.0)
- Candidiasis Urogenital (B37.3-B37.4)
- Vulvovaginitis (N76)
- Infección Asintomática por VIH (Z21)
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (B20-B24)

SÍFILIS CONGÉNITA (A50)

Enfermedad de transmisión sexual adquirida in útero, como producto de la transmisión de la madre al feto vía transplacentaria, o ya bien al momento del parto, por contacto con lesiones genitales de la madre. El *Treponema pallidum* es el agente etiológico de la sífilis y es una bacteria del tipo espiroqueta (en forma de espiral), que mide de 6 a 15 μ de largo por 0.2 μ de ancho. Su único huésped natural es el humano, en quien produce lesiones sifilíticas, aunque puede infectar a muchos mamíferos, pero sin manifestarse clínicamente; esta bacteria es la causante de la sífilis adquirida y la sífilis congénita. Aunque la transmisión del *T. pallidum* de la madre al producto puede producirse en cualquier momento del embarazo, el riesgo de transmisión materno-fetal puede variar de acuerdo al estado infeccioso de la madre. Puede ser del 10% en casos en que ésta curse con infección tardía latente, o del 40% cuando se curse con infección temprana latente y hasta del 95% cuando la madre curse con sífilis

primaria no tratada; es decir que el riesgo de transmisión del agente de la madre hacia el producto, es inversamente proporcional al tiempo de evolución del padecimiento en la madre, así como al tratamiento recibido por ésta. Dependiendo del período de aparición de la sintomatología, la sífilis congénita se clasifica en temprana (antes de los dos años) y tardía (después de los dos años de vida). En la sífilis congénita temprana la tercera parte de neonatos infectados presentan algún tipo de sintomatología, que puede consistir en: bajo peso al nacer; lesiones mucocutáneas; hepatoesplenomegalia con pruebas de funcionamiento hepático alteradas; hiperbilirrubinemia; linfadenopatía; rinitis; ligero rash maculopapular en palmas y plantas; vesículas; descamación de la piel; fisuras alrededor de la mucosa oral, anal y de narinas; también se ha reportado alteraciones oculares como coriorretinitis, glaucoma y uveítis, incluso opacidad de la córnea y ceguera; caída de cabello y cejas; datos de neumonía congénita severa, anormalidades hematológicas, renales y alteraciones óseas, radiológicamente comprobables como distrofia metafisiaria, osteocondritis y/o periostitis.

Caso confirmado: Todo niño que antes de los dos años presente coriza nasal, vientre prominente, cara de viejo con lesiones mucocutáneas como son erupción bullosa, vesicular en palmas de manos y plantas de pies y fisuras en torno a la boca y ano y que tenga el antecedente de tener una madre con sífilis.

Sífilis congénita tardía: Todo niño que después de los dos años presente nariz en silla de montar, prominencias frontales, dientes de Hutchinson, tibias en sable, sordera y el examen de campo oscuro de lesiones sea positivo a *Treponema pallidum*.

SÍFILIS ADQUIRIDA (A51-A53)

Treponematosis aguda y crónica que se caracteriza clínicamente por una lesión primaria, una erupción secundaria que afecta la piel y las membranas mucosas, largos períodos de latencia y lesiones tardías en la piel, los huesos, las vísceras y el sistema nervioso central y el cardiovascular. La lesión primaria (chancro) aparece unas tres semanas después de la exposición, en la forma de una úlcera indolora e indurada, con exudado seroso, en el sitio de la invasión inicial. Antes de la lesión inicial se produce la invasión del torrente sanguíneo, y generalmente surgen ganglios linfáticos satélites, indoloros, no fluctuantes y firmes (bubones).

Los síntomas del caso de Sífilis pueden ser los siguientes:

Sífilis primaria:

- Pápula no dolorosa (chancro) en la boca, el pene, la vagina o el ano.

Sífilis secundaria:

- Ronchas rosáceas indoloras (clavos sifilíticos) en las palmas de las manos y plantas de los pies (que a veces pueden aparecer en otros sitios como pecho, cara o espalda), fiebre, dolor de garganta, dolor de articulaciones, pérdida de peso, caída de cabello, ceja rala, cefaleas y falta de apetito.

Sífilis terciaria:

- Trastornos oculares, Cardiopatías, Lesiones cerebrales, Lesiones en la médula espinal, Pérdida de coordinación de las extremidades, Aneurisma sifilítico o luético. Goma sifilítico o sifiloma.

Caso probable: Toda persona que tres semanas después de haber tenido contacto sexual presente: úlcera indolora e indurada (chancro) con exudado seroso en el sitio de la invasión inicial, que desaparece sin tratamiento, acompañada de linfadenopatía.

Caso sospechoso: Todo caso sospechoso que presente úlcera indolora e indurada (chancro) con exudado seroso en el sitio de la invasión inicial, que desaparece sin tratamiento, acompañada de linfadenopatía y que presenta un VDRL positivo.

Caso: Todo caso probable y que presente titulación de anticuerpos (IgM) positivos.

Caso confirmado: Todo caso probable que sea confirmado con pruebas de anticuerpos fluorescentes directa (DFA-TP), o métodos equivalentes.

INFECCIÓN GONOCÓCICA DEL TRACTO GENITOURINARIO (A54.0-A54.2)

La Gonorrea es la condición de ser infectado con el diplococo gramnegativo *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*). Los sitios principales de la infección son las membranas mucosas de la uretra, endocérnix, recto, faringe y la conjuntiva. La transmisión se produce por inoculación directa de las secreciones infectadas de una membrana mucosa a otro.

En los hombres, la gonorrea puede causar dolor al orinar y secreción proveniente del pene. De no tratarse, puede causar problemas en la próstata y testículos.

En las mujeres, los primeros síntomas de gonorrea generalmente son leves. A medida que pasa el tiempo, puede provocar hemorragias entre los períodos menstruales, dolor al orinar y aumento de las secreciones vaginales. De no tratarse, puede provocar la enfermedad inflamatoria pélvica, que causa problemas en el embarazo e infertilidad.

Factores de riesgo:

- Tiene múltiples compañeros sexuales.
- Tiene un compañero con antecedentes de cualquier enfermedad de transmisión sexual.
- No utiliza condón durante las relaciones sexuales.
- Consume alcohol o drogas ilícitas en exceso.

Los síntomas de gonorrea con frecuencia aparecen de 2 a 5 días después de la infección. Sin embargo, en los hombres, los síntomas pueden tardar hasta un mes en aparecer.

Los síntomas en los hombres incluyen:

- Dolor y ardor al orinar
- Aumento de la frecuencia o urgencia urinaria
- Secreción del pene (de color blanco, amarillo o verde)
- Abertura del pene (uretra) roja o inflamada
- Testículos sensibles o inflamados
- Dolor de garganta (faringitis gonocócica)

Los síntomas en las mujeres pueden ser muy leves y se pueden confundir con otro tipo de infección. Estos síntomas incluyen:

- Dolor y ardor al orinar
- Dolor de garganta
- Relaciones sexuales dolorosas
- Dolor intenso en la parte baja del abdomen (si la infección se disemina a las trompas de Falopio y la zona del estómago)
- Fiebre (si la infección se disemina a las trompas de Falopio y la zona del estómago)
- Sangrado uterino anormal
- Sangrado después de tener relaciones sexuales

- Secreción vaginal anormal color verdosa, amarillenta o con mal olor.
- Si la infección se disemina al torrente sanguíneo, los síntomas incluyen:
 - Fiebre
 - Sarpullido
 - Síntomas similares a la artritis

Caso probable: Toda persona que presente secreción purulenta de la uretra anterior o cervicitis leve acompañada de disuria, de dos a siete días posteriores a una relación sexual

Caso confirmado: Todo caso probable que con la tinción de Gram las secreciones sean positiva.

LINFOGRANULOMA VENÉREO POR CLAMIDIAS (A55)

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una enfermedad causada por 3 únicas cepas de *Chlamydia trachomatis* que se caracteriza por el desarrollo de una lesión cutánea pequeña, a menudo asintomática, seguida de una adenopatía regional en el área inguinal o la pelvis. En forma alternativa, si se adquiere por sexo anal, puede manifestarse como proctitis grave. Sin tratamiento, el linfogranuloma venéreo puede causar obstrucción del flujo linfático y edema crónico de los tejidos genitales. El diagnóstico se basa en los signos hallados en la evaluación clínica, pero en general la enfermedad puede confirmarse con pruebas serológicas o inmunofluorescencia. El tratamiento consiste en la administración de tetraciclina o eritromicina durante 21 días.

Caso sospechoso: Toda persona que después de más de 10 días de haber tenido una relación sexual, presente pequeñas erosiones evanescentes (chancro de tamaño de la cabeza de un alfiler poco profundo) indoloras, pápula, nódulo o lesión herpetiforme en el pene o vulva acompañada de fístulas o proctitis.

Caso confirmado: Todo caso sospechoso que por laboratorio la serología sea positiva a *Clamydia trachomatis* o por seroconversión de anticuerpos (inmunofluorescencia)

CHANCRO BLANDO (A57)

El chancroide es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Haemophilus ducreyi*, que produce úlceras genitales dolorosas.

Como el chancroide produce úlceras genitales, quienes las tienen son más propensos a ser infectados y contagiar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Los síntomas comienzan entre 3 y 7 días después de la infección. Se forman pequeñas ampollas dolorosas en los genitales o alrededor del ano, que se rompen rápidamente y se convierten en úlceras superficiales abiertas con bordes irregulares. Estas úlceras pueden aumentar de tamaño y juntarse. En ocasiones, estas úlceras se vuelven más profundas y lesionan otros tejidos.

Los ganglios linfáticos de la ingle se vuelven dolorosos al tacto, aumentan de tamaño y se adhieren entre sí, lo que da lugar a acumulaciones de pus (abscesos) llamados bubones. La piel que cubre el absceso puede ser roja y brillante y romperse y supurar el pus de los ganglios linfáticos. Pueden formarse úlceras en otras áreas de la piel.

Caso probable: Todo individuo que presente en la región genital úlceras únicas o múltiples, dolorosas y necrosantes, acompañadas de inflamación.

Caso confirmado: Todo caso probable que en el exudado de la lesión en un medio selectivo con vancomicina en agar chocolate se aísle el microorganismo (*Haemophilus ducreyi*).

TRICOMONIASIS UROGENITAL (A59.0)

La Tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual muy común, causada por la infección transmitida por el parásito protozoario llamado "*Trichomonas vaginalis*".

Se debe documentar Tricomoniasis urogenital ante la presencia de:

Flujo anormal o leucorrea amarillenta abundante, espumosa, gaseosa, fetidez, disuria (cuando hay infección uretral), dolor pélvico bajo, vulvitis, vaginitis (edema, eritema, cervicitis), cuello uterino en fresa o con puntilleo rosado

Caso sospechoso: Toda persona femenina que presente infecciones vaginales con leucorrea abundante profusa espumosa, verde amarillenta, fétida y prurito vulvar; y todo masculino que presente prurito en la cabeza del pene con secreción de las características ya mencionadas uretritis o/y prostatitis.

Caso confirmado: Toda persona femenina o masculina en la que se demuestre la presencia de *Trichomona vaginalis* en cultivo del exudado uretral o vaginal.

HERPES GENITAL (A60.0)

Es una infección de transmisión sexual. Causada por el virus del herpes simple (VHS). El Herpes Genital se asocia a múltiples úlceras, explorar al paciente, buscando la presencia de vesículas, valorar si los cuadros son recurrentes lo que sustentará mejor el diagnóstico; el periodo de incubación es en promedio de 6 días; se asocia a síntomas sistémicos como fiebre y artromialgias.

Muchas personas con herpes genital nunca presentan úlceras. O tienen síntomas muy leves que ni siquiera notan o que confunden con picaduras de insectos u otra afección cutánea. En los casos en los que se presenten signos y síntomas durante el primer brote, estos pueden ser graves. El primer brote generalmente sucede al cabo de dos días a dos semanas de resultar infectado.

Los síntomas generales incluyen:

- Disminución del apetito
- Fiebre
- Indisposición general (malestar)
- Dolores musculares en la espalda baja, los glúteos, los muslos o las rodillas
- Ganglios linfáticos inflamados y sensibles en la ingle
- Los síntomas genitales incluyen la aparición de ampollas pequeñas y dolorosas, llenas de un líquido claro o color paja. Las áreas en donde se pueden incluir las lesiones incluyen:
 - Labios vaginales externos, la vagina, el cuello uterino, alrededor del ano y en los muslos o en los glúteos (en mujeres)
 - Pene, el escroto, alrededor del ano, en los muslos o en los glúteos (en hombres)
 - Lengua, la boca, los ojos, las encías, los labios, los dedos de las manos y otras partes del cuerpo (en ambos sexos)

Antes de que las ampollas aparezcan, puede haber hormigueo, ardor, comezón o dolor en el sitio donde las ampollas van a aparecer. Cuando las ampollas se rompen, dejan úlceras superficiales que son muy dolorosas. Estas úlceras forman costras y sanan lentamente durante 7 a 14 días o más.

Otros síntomas pueden incluir:

- Dolor al orinar
- Flujo vaginal (en mujeres) o
- Dificultad para vaciar la vejiga que puede necesitar una sonda vesical

- Un segundo brote puede aparecer semanas o meses más tarde. Con frecuencia es menos intenso y desaparece más rápidamente que el primer brote. Con el tiempo, la cantidad de brotes puede disminuir.

Caso probable: Toda persona que posterior a un periodo de hormigueo o prurito presente pequeñas vesículas tensas sobre una base eritematosa en genitales externos e internos

Caso confirmado: Todo caso probable y por aislamiento se tipifique virus tipo 2 de las lesiones o estudio positivo de anticuerpos fluorescentes directos

CANDIDIASIS UROGENITAL (B37.3-B37.4)

El hecho de que las mujeres sean más propensas a tener esta infección micótica se debe a que la vagina, al ser una zona húmeda, cálida y cubierta, es adecuada para su proliferación. Sin embargo, los hombres, especialmente aquellos que no están circundados, también pueden desarrollar candidiasis.

Cuando este hongo afecta al pene, causa balanitis, que es la inflamación del prepucio y del glande. Los principales síntomas de candidiasis masculina incluyen el enrojecimiento del prepucio y/o del pene, la aparición de erupciones rojas y blancas alrededor del órgano, sensación de ardor y comezón, y la aparición de una capa blanquecina; en ocasiones la presencia de estas lesiones y pústulas causan dolor al mantener relaciones sexuales o al orinar. La infección comienza con la aparición de estas pequeñas vesículas y pústulas que causan picor y escozor y que con el paso del tiempo se rompen y dan lugar a lesiones irritativas que pueden llegar hasta las ingles y el escroto.

B37.3 Candidiasis de la vulva y de la vagina.

B37.4 Candidiasis de otras localizaciones urogenitales.

Caso probable: Toda persona que presente placas confluentes en la región genital eritematosas, con descamación. Además se observan pápulas satélites, bien delimitadas con bordes descamativos. Además hay inflamación y sensibilidad aumentada.

Caso confirmado: Todo caso probable que en el examen de orina y o cultivo de la secreción se identifiquen levaduras o pseudohifas de *Cándida albicans*.

VULVOVAGINITIS (N76)

Se entiende por cervicovaginitis infecciosa a la inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos (cándida), bacterias (vaginosis) y protozoario por tricomonas vaginalis.

Los estudios citológicos de una muestra vaginal permiten a menudo efectuar un diagnóstico morfológico. El estudio microscópico del frotis (gram o estudio citológico cervicovaginal o papanicolau) son estudios fáciles y accesibles que pueden detectar vaginitis infecciosa como estudios complementarios, la medición del Ph vaginal puede ser útil en casos leves.

INFECCIÓN ASINTOMÁTICA POR VIH (Z21)

En el término de semanas a meses después de la infección por el virus, muchas personas terminan por presentar una enfermedad aguda de curso limitado similar a la mononucleosis, que dura de una a dos semanas. Después de ese período, las personas infectadas pueden permanecer asintomáticas durante meses o años antes de que aparezcan otras manifestaciones clínicas. Se considera como caso de sida a todo individuo infectado por el VIH con un número de linfocitos CD4+ menor de 200/mm³, o un porcentaje de linfocitos T CD4+ del total de linfocitos menor de 14%, independientemente de su estado clínico.

Caso confirmado: Toda persona que presente 2 resultados de prueba de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba confirmatoria positiva incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (B20-B24)

El síndrome representa la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Caso de SIDA a todo individuo infectado por el VIH con un número de linfocitos CD4+ menor de 200/mm³, o un porcentaje de linfocitos T CD4+ del total de linfocitos menor de 14%, independientemente de su estado clínico.

V. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

Este grupo está formado por 16 enfermedades

- Dengue No Grave (A97.0 y A97.9)
- Dengue Con Signos de Alarma (A97.1)
- Dengue Grave (A97.2)
- Paludismo por *Plasmodium Falciparum* (B50)
- Paludismo por *Plasmodium Vivax* (B51)
- Encefalitis Equina Venezolana (A92.2)
- Fiebre Amarilla (A95)
- Fiebre Manchada (A77.0)
- Fiebre del Oeste del Nilo (A92.3)
- Peste (A20)
- Tifo Epidémico (A75.0)
- Tifo Murino (A75.2)
- Enfermedad por Virus Chikungunya (A92.0)
- Otras Rickettsiosis (A79)
- Infección por Virus Zika (U06.9)
- Fiebre por Virus Mayaro (A92.8)

DENGUE NO GRAVE (A97.0 Y A97.9)

El Dengue es una enfermedad producida por arbovirus de la familia *Flaviviridae*, perteneciente a cuatro serotipos del virus del dengue y que son transmitidos por la picadura de las hembras de ciertas especies de mosquito casero común *Aedes aegypti* y *Ae. Albopictus*. La enfermedad es importante porque produce brotes explosivos de formas clásicas, con brotes simultáneos de formas hemorrágicas o de choque grave en menor cantidad.

Toda persona de cualquier edad que resida o que proceda, en los 14 días previos al inicio de signos y síntomas, de una región donde exista transmisión de la enfermedad y que presente fiebre y dos o más de los siguientes signos y síntomas:

- Náusea, vómitos, exantema
- Mialgias, artralgia

- Cefalea, dolor retro-ocular
- Petequias o prueba del torniquete positiva
- Leucopenia

En menores de 5 años, el único signo a considerar puede ser la fiebre.

DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA (A97.1)

Todo caso probable que además de cumplir con cuadro de Dengue No Grave, presente uno o más de los siguientes signos de alarma:

- Dolor abdominal intenso y continuo, o dolor a la palpación del abdomen
- Vómito persistente o incoercible
- Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, pericárdico)
- Sangrado de mucosas
- Letargo o irritabilidad
- Hipotensión postural (lipotimia)
- Hepatomegalia mayor de 2 cm
- Aumento progresivo del hematocrito
- Disminución progresiva de plaquetas
- Disminución progresiva de la hemoglobina.

Ante la presencia de un signo de alarma identificado en el 1er nivel, el paciente deberá ser enviado de manera inmediata al 2do nivel para su atención.

DENGUE GRAVE (A97.2)

Todo caso probable de Dengue que presenta uno o más de los siguientes hallazgos:

Choque debido a extravasación grave de plasma evidenciado por: taquicardia, extremidades frías y llenado capilar igual o mayor a tres segundos, pulso débil o indetectable, presión diferencial convergente ≤ 20 mm hipotensión arterial en fase tardía, acumulación de líquidos que conlleve a insuficiencia respiratoria.

Sangrado grave, según la evaluación del médico tratante (ejemplos: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central);

Compromiso grave de órganos tales como: daño hepático importante (AST o ALT>1000), afección renal, sistema nervioso central (alteración de la conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos.

Nota: En todo caso con signos de alarma en los primeros cinco días de inicio del cuadro clínico y todo caso de dengue grave debe tomarse muestra para diagnóstico de laboratorio.

PALUDISMO POR PLASMODIUM FALCIPARUM (B50)

Toda persona que resida o provenga de área con antecedente de transmisión de paludismo (en los últimos tres años) y que en el último mes presente o haya presentado fiebre más los siguientes signos y síntomas: cefalea, diaforesis y escalofríos.

La forma más grave, que es el paludismo por *P. falciparum*, puede mostrar un cuadro clínico muy variado que incluye fiebre, escalofríos, sudores, tos, diarrea, dificultad respiratoria y cefalalgia, y evolucionar hasta llegar a mostrar ictericia, defectos de coagulación, choque, insuficiencia renal y hepática, encefalopatía aguda, edema pulmonar y cerebral, coma y muerte.

PALUDISMO POR PLASMODIUM VIVAX (B51)

La enfermedad puede comenzar con malestar indefinido y fiebre, que aumenta poco a poco en un lapso de varios días, seguido por escalofríos fuertes y aumento rápido de la temperatura, que por lo regular se acompaña de cefalalgia y náusea y culmina en sudores profusos. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o cada tercer día.

ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA (A92.2)

Paciente de cualquier edad que presenta fiebre (39 a 40 °C que cede en 4 a 5 días) y uno o más de los siguientes:

- Cefalea frontal intensa
- Postración
- Malestar general
- Debilidad
- Escalofríos
- Dolores óseos

- Mialgias y artralgias
- Náusea, vómito, anorexia y/o diarrea

Y a partir del quinto día se pueden agregar los siguientes:

- Convulsiones
- Alteración del estado de la conciencia
- Desorientación
- Somnolencia
- Letargo
- Hiperacusia

Con antecedente de viaje en los últimos siete días o residente de un área endémica de la enfermedad (Centro América, Colombia, Ecuador, México, Perú, Trinidad, Venezuela).

FIEBRE AMARILLA (A95)

Se considera caso a toda persona procedente de zona con transmisión de virus de Fiebre Amarilla (casos en humanos, epizootias o de aislamiento viral en el vector) sin antecedente vacunal contra este virus y que presente fiebre de inicio agudo, acompañado de dos o más de los siguientes signos o síntomas:

- Mialgias,
- Cefalea,
- Ictericia,
- Náusea o vómito,
- Dolor abdominal o
- Hemorragias.

FIEBRE MANCHADA (A77.0)

Enfermedad del grupo de las fiebres maculosas debidas a Rickettsia, caracterizada por fiebre moderada o alta de comienzo repentino, que por lo general dura de dos a tres semanas en enfermos no tratados, malestar general notable, mialgias profundas, cefalalgias intensas, escalofríos e hiperemia conjuntival. Entre el tercero y el quinto días suele aparecer erupción maculopapulosa en las extremidades, que pronto abarca las palmas de las manos y las plantas de los pies, y se propaga rápidamente a

casi todo el cuerpo. Por lo regular en el sexto día, o poco después, surge un exantema petequial en 40 a 60% de los enfermos.

FIEBRE DEL OESTE DEL NILO (A92.3)

La Organización Mundial de Salud recomienda que la vigilancia epidemiológica del VON se enfoque a la vigilancia pasiva y ampliada en todos los casos de encefalitis viral y meningitis aséptica con la finalidad de detectar los casos graves para brindar el tratamiento oportuno, en base a dicha recomendación se establecen las siguientes definiciones operacionales:

Caso Probable: Toda persona que presenta un cuadro clínico de fiebre y manifestaciones neurológicas (meningitis o encefalitis), con resultados de LCR compatibles con infección viral y que se identifique alguna asociación epidemiológica.

Asociación epidemiológica:

Presencia del vector.

Antecedente de:

Visita o residencia en áreas de transmisión en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico.

Existencia de casos confirmados en la localidad.

Existencia de diagnósticos confirmados en animales de la localidad.

PESTE (A20)

Zoonosis específica que afecta a los roedores y a sus pulgas, que transmiten la infección bacteriana a diversos animales y a las personas. Los signos y síntomas iniciales pueden ser inespecíficos e incluir fiebre, escalofríos, malestar general, mialgias, náusea, postración y dolores de garganta y cabeza. Suele surgir linfadenitis en los ganglios linfáticos que reciben el drenaje del sitio de la picadura de la pulga, y así constituir la lesión inicial.

Caso sospechoso: Toda persona que presente bubones y crecimiento ganglionar.

Caso: Toda persona que después de 7 días de haber sido picada por pulgas presente bubones dolorosos o hinchazones de los ganglios de la zona cervical y las ingles acompañados de fiebre y calosfríos y además haya reconocimiento del microorganismo en el líquido aspirado del bubón o esputo o líquido cefalorraquídeo.

Caso descartado: Toda persona que después de 7 días de haber sido picada por pulgas presente hinchazones de los ganglios de la zona cervical

y las ingles acompañados de fiebre y calosfríos y que no se encuentre la *Yersinia pestis* en el esputo o líquido cefalorraquídeo.

TIFO EPIDÉMICO (A75.0)

Rickettsiosis de comienzo variable y a menudo repentino, caracterizada por cefalalgia, escalofríos, postración, fiebre y dolores generalizados. En el quinto o sexto día aparece una erupción macular que comienza en la parte superior del tronco y luego se disemina por todo el cuerpo, pero que, por lo regular, no se extiende a la cara, las palmas de las manos o las plantas de los pies. La toxemia suele ser intensa y la enfermedad termina por defervescencia (lisis) rápida después de unas dos semanas de fiebre.

TIFO MURINO (A75.2)

Esta enfermedad se transmite a través de las pulgas de ratas. Los síntomas, son las cefaleas, la fiebre (por periodos de permanencia de más de dos semanas), escalofríos, dolores articulares o artralgias, náuseas, vómitos, tos, dolores abdominales y en la columna vertebral.

ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA (A92.0)

Enfermedad vírica de curso limitado, que se caracteriza por poliartritis, principalmente de las muñecas, las rodillas, los tobillos y las articulaciones pequeñas de las extremidades, y dura de días a meses. En muchos enfermos la artritis inicial va seguida, en el término de 1 a 10 días, de una erupción maculopapular, por lo común no prurítica, que afecta sobre todo al tronco y a las extremidades. Puede haber enantema de la boca y el paladar. La erupción cutánea muestra resolución en el término de 7 a 10 días, y es seguida de descamación fina. A veces no hay fiebre. A menudo surge linfadenopatía cervical. En un pequeño porcentaje de casos, se presentan parestesias y dolor de las palmas de las manos y de las plantas de los pies. Es frecuente la leucopenia, y la convalecencia suele ser prolongada.

Caso Probable Toda persona que presente cuadro febril agudo más la presencia de poliartralgias severas (incapacitantes) o artritis de comienzo agudo y que se identifique alguna asociación epidemiológica. Asociación epidemiológica.

Presencia del vector *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus*.

Antecedente de visita o residencia en áreas de transmisión en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico.

Existencia de casos confirmados en la localidad.

En menores de 5 años, el único signo a considerar puede ser la fiebre.

OTRAS RICKETTSIOSIS (A79)

Es un término que agrupa a las enfermedades infecciosas causadas por bacterias del género *Rickettsia*.

Caso probable: Toda persona que presente fiebre y dos o más de los siguientes signos o síntomas; cefalea, mialgias, exantema, náusea, hiperemia faríngea, vómito, dolor abdominal, diarrea, alteraciones neurológicas, signos meníngeos, alteraciones del citoquímico del LCR, púrpura, hemorragias a cualquier nivel, alteraciones hepáticas o hematológicas, hiponatremia, leucocitosis, leucopenia, elevación de DHL o choque y que se identifique alguno de los siguientes factores epidemiológicos:

- Presencia de vectores en el áreas de residencia o visitadas en las dos semanas previas al inicio del cuadro.
- Antecedentes de visita o residencia en áreas con transmisión de Rickettsiosis en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico.
- Existencia de casos confirmados en la localidad.
- Antecedente de mordedura de garrapata o contacto con perros en las dos semanas previas al inicio del cuadro

INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA (U06.9)

Paciente que presente exantema y al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre,
- Cefalea,
- Conjuntivitis (no purulenta/hiperemia),
- Artralgias,
- Mialgias,
- Edema periarticular
- Prurito,
- Dolor retroocular

Y que se identifique alguna asociación epidemiológica.

- Presencia del vector *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus*, o
- Antecedente de visita o residencia en áreas de transmisión en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico, o

- Existencia de casos confirmados en la localidad.
- Tenga antecedente de contacto sexual sin protección en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local del VZIK o con presencia de vectores.

FIEBRE POR VIRUS MAYARO (A92.8)

Enfermedad vírica de curso limitado, que se caracteriza por poliartritis, principalmente de las muñecas, las rodillas, los tobillos y las articulaciones pequeñas de las extremidades, y dura de días a meses. En muchos enfermos la artritis inicial va seguida, en el término de 1 a 10 días, de una erupción maculopapular, por lo común no prurítica, que afecta sobre todo al tronco y a las extremidades. Puede haber enantema de la boca y el paladar. La erupción cutánea muestra resolución en el término de 7 a 10 días, y es seguida de descamación fina. A veces no hay fiebre. A menudo surge linfadenopatía cervical. En un pequeño porcentaje de casos, se presentan parestesias y dolor de las palmas de las manos y de las plantas de los pies.

VI. ZONOSIS

Este grupo está formado por 6 enfermedades

- Brucelosis (A23)
- Leptospirosis (A27)
- Rabia Humana (A82)
- Cisticercosis (B69)
- Teniasis (B68)
- Triquinosis (B75)

BRUCELOSIS (A23)

Es una enfermedad bacteriana, infecto-contagiosa, que afecta a varias especies de mamíferos domésticos y silvestres, la cual accidentalmente puede transmitirse al hombre, por lo que se considera una zoonosis.

Caso Sospechoso: Toda persona que presente fiebre insidiosa, elevada de una o más semanas de duración, con predominio vespertino o

nocturno, sin infección aparente, acompañada de uno o más de los siguientes signos o síntomas, cefalea, sudoración profusa, calosfríos, artralgias, depresión, adinamia, linfadenopatía, hepatomegalia, esplenomegalia pérdida de peso, pancitopenia.

Caso Probable: Toda persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso o sea positiva a la prueba de Rosa de Bengala.

Caso Confirmado: Toda persona con Prueba Confirmatoria de Aglutinación Estándar (SAT) con dilución igual o mayor a 1:80 y la Prueba Confirmatoria de Aglutinación en presencia de 2- Mercapto Etanol (2-ME) con dilución igual o mayor a 1:20 ó hemocultivo positivo.

LEPTOSPIROSIS (A27)

La leptospirosis es una infección causada por uno de los varios serotipos patogénicos de la *Leptospira*. Los síntomas se presentan en 2 fases. Ambas involucran episodios febriles agudos; la segunda fase a menudo incluye el compromiso del hígado, los riñones y las meninges. El diagnóstico se establece mediante la microscopia de campo oscuro, el cultivo y las pruebas serológicas. El tratamiento se realiza con doxiciclina o penicilina.

Caso probable: Toda persona con antecedentes de convivir con animales, que presente fiebre, dolor de cabeza, mialgias, inflamación de conjuntiva, rash, ictericia, insuficiencia renal.

Caso confirmado: Todo caso sospechoso en el que se aísle leptospira en sangre en los primeros siete días o en orina al décimo día o detección en muestra clínica por inmunofluorescencia o ELISA.

RABIA HUMANA (A82)

Encefalomielitis vírica aguda casi siempre mortal; su comienzo suele ser precedido por sensación de angustia, cefalalgia, fiebre, malestar general y alteraciones sensitivas indefinidas que a menudo guardan relación con el sitio de una herida anterior, provocada por la mordedura de un animal. La excitabilidad y la aerofobia son frecuentes. La enfermedad evoluciona hasta la aparición de paresia o parálisis, con espasmo de los músculos de la deglución, lo que provoca miedo al agua (hidrofobia); después surgen delirio y convulsiones. Sin intervención médica, la enfermedad suele durar de dos a seis días o un poco más, y a menudo la muerte sobreviene a consecuencia de parálisis respiratoria.

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad, con antecedente de contacto con animal sospechoso de padecer rabia, el cual se encuentra desaparecido, en observación clínica o haya fallecido.

Caso probable: Persona de cualquier edad con síntomas de la enfermedad o con antecedentes de contacto con animal con rabia confirmada.

Caso confirmado: Persona o defunción de persona, sospechosa o probable de rabia, que presento síntomas de la enfermedad, más una o ambas de las condiciones siguientes: 1. Antecedente de transmisión rábica y 2. Resultados positivos por laboratorio.

Contacto: Persona que ha estado en relación directa o indirecta con persona o animal infectado de rabia o probablemente infectado o con ambiente contaminado por el virus y que ha tenido la oportunidad de contraer la infección.

Agredido: Persona que ha sufrido alguna lesión por animal potencialmente capaz de transmitir la rabia.

CISTICERCOSIS (B69)

Infección parasitaria caracterizada por la presencia de metacéstodos (cisticercos) de *Taenia solium* en el organismo y es originada por el consumo de huevos del mismo parásito.

Caso confirmado: Caso sospechoso con localización intestinal por la observación de proglótidas o huevos en heces.

TENIASIS (B68)

Las manifestaciones clínicas de la infección por la *Tenia* adulta son variables, si aparecen, y pueden incluir nerviosismo, insomnio, anorexia, pérdida de peso, dolores abdominales y trastornos digestivos. Salvo las molestias causadas por segmentos de gusanos expulsados por el ano, muchas infecciones son asintomáticas. La teniasis suele ser una infección no letal. La infección intestinal en los seres humanos es consecuencia de la ingestión de carne de cerdo cruda o mal cocida, con el desarrollo posterior del gusano adulto en el intestino.

TRIQUINOSIS (B75)

La triquinosis es la infección por *Trichinella spiralis* o especies de *Trichinella* relacionadas. Sus síntomas consisten en irritación gastrointestinal seguida de edema periorbitario, dolor muscular, fiebre y eosinofilia.

Caso sospechoso: Toda persona que presente eosinofilia, fiebre, mialgias y edema periorbital.

Caso confirmado: Todo caso sospechoso en el que se aíse *Trichinella Spiralis* en biopsia muscular o la serología de anticuerpos IgM contra *T.spiralis*.

VII. OTRAS ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS

Este grupo de enfermedades está formado por:

- Escarlatina (A38)
- Erisipela (A46)

ESCARLATINA (A38)

El inicio es brusco, con Fiebre mayor de 39.5° C, que dura entre 2 y 4 días, es el síntoma inicial, disminuye paulatinamente para desaparecer después de una semana.

- Odinofagia
- Cefalea
- Nauseas
- Vómito
- Dolor abdominal
- Mialgias
- Malestar general
- Faringe congestiva
- Eritema de la mucosa oral
- Maculas puntiformes rojas en la úvula y en el paladar duro y blando (manchas de Forcheimer)
- Entre el día 1 y 2 se aprecia una capa blanca en el dorso de la lengua, las papilas se encuentran enrojecidas y aumentadas de volumen, la capa blanca desaparece después de 2 o 3 días dejando al descubierto las papilas rojas (lengua frambuesa)
- Adenopatías

Signos de la Escarlatina

- Exantema: -Se presenta después de 12 a 48 horas de la aparición de la fiebre- Son lesiones maculo-papulares de color rojo (aparenta quemadura de sol con “piel de gallina”), la textura es áspera.
- Primero se observan debajo de las orejas, pecho y axilas, después se extiende al tronco y extremidades, en 24 horas las lesiones se acentúan en los pliegues de la piel, principalmente en el cuello, axilas, fosa antero-cubital, pliegues inguinales y poplíteos.
- La ruptura de los capilares hace aparecer líneas de color rojo (líneas de Pastia) en los pliegues del brazo y de la ingle, persisten durante uno o dos días, después de la resolución de la erupción generalizada
- Palidez peri bucal - Descamación de la piel principalmente de: axilas, inglés y punta de los dedos de pies y manos, inicia 7 o 10 días, se presenta después de la resolución del exantema y puede continuar hasta por seis semanas, la extensión y duración de la descamación es directamente proporcional a la intensidad del exantema.

Diagnóstico de la Escarlatina

El cultivo de exudado faríngeo sigue siendo la prueba estándar para la confirmación de una infección estreptocócica del grupo A de las vías respiratorias superiores.

ERISPELA (A46)

Infección dermoepidérmica de rápido avance, producida por estreptococo β -hemolítico del grupo A, que penetra por una solución de continuidad y origina una placa eritematoedematosa, caliente, roja, brillante y dolorosa, brillante y dolorosa, de varios centímetros de diámetro, aspecto de piel de naranja, y con límites más o menos precisos, pero bien demarcados. Puede cubrirse de vesículas y ampollas, que al abrirse dejan ulceraciones y costras melicéricas; cuando desaparece queda descamación importante, sin cicatriz; se observan linfangitis y adenopatía regional dolorosa; fiebre de hasta 40 °C, escalofríos, malestar general, astenia, adinamia y cefalea, además de náuseas y vómito.

VIII. OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Este grupo está formado por 14 enfermedades:

- Tuberculosis Otras Formas (A17.1, A17.8, A17.9, A18-A19)
- Lepra (A30)
- Hepatitis Vírica C (B17.1, B18.2)
- Otras Hepatitis Víricas (B17-B19 excepto B17.1, B18.2)
- Conjuntivitis (H10)
- Escabiosis (B86)
- Conjuntivitis Epidémica Aguda Hemorrágica (B30.3)
- Mal del Pinto (A67)
- Meningoencefalitis Amebiana Primaria (B60.2)
- Toxoplasmosis (B58)
- Tripanosomiasis Americana (Enfermedad de Chagas) Aguda (B57.0-B57.1)
- Tripanosomiasis Americana (Enfermedad de Chagas) Crónica (B57.2-B57.5)
- Infección Asociada a la Atención de La Salud S/C
- Enfermedad por Virus Ébola (A98.4)

TUBERCULOSIS OTRAS FORMAS (A17.1, A17.8, A17.9, A18-A19)

Presenta sintomatología del tipo tuberculosis. Enfermedad infecciosa, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. microti*, *M. africanum*, *M. canettii*, *M. caprae* y *M. pinnipedii*), que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación de material infectante; de madre infectada al producto, ingestión de leche contaminada, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales enfermos.

LEPRA (A30)

Caso Probable: Toda persona que presente manchas hipo-pigmentadas, rojizas o cobrizas con trastorno de la sensibilidad, o bien placas infiltradas, nódulos, infiltración difusa, úlceras, o zonas con trastorno de la sensibilidad sin lesiones dermatológicas.

Caso Confirmado: Todo caso probable con baciloscopia positiva o bien, baciloscopia negativa pero con evidencia epidemiológica y resultado histopatológico compatible con lepra.

Contacto de Lepra: toda persona que convive o ha convivido con un caso confirmado de Lepra.

Recaída: la reaparición de signos y síntomas de lepra e identificación de bacilos o estado reaccional después de haber curado.

HEPATITIS VÍRICA C (B17.1, B18.2)

La infección aguda con virus de la hepatitis C es clínicamente silenciosa en cerca del 95% de los individuos infectados, el pico de aminotransferasas generalmente es bajo (entre 200-600 UI) y sólo 5% manifiestan ictericia. El riesgo de insuficiencia hepática fulminante con hepatitis C aguda es menos del 1%, el 80% de los pacientes de hepatitis aguda progresan a la cronicidad, la cual suele ser asintomática o cursar sólo con fatiga; en etapas avanzadas se manifiesta como síndrome icterico, astenia, adinamia, hiporexia y más raramente con manifestaciones clínicas extrahepáticas. El 20% de pacientes con hepatitis crónica progresan a cirrosis hepática dentro de los primeros cinco años después del diagnóstico, se ha descrito el desarrollo de carcinoma hepatocelular una vez que la cirrosis se establece, 9% presenta evidencia clínica de hipertensión portal a los 15 años.

Una característica de la hepatitis C es la fluctuación de las aminotransaminasas con varios picos de elevación que pueden persistir elevados o normalizarse por completo, no existe inmunidad protectora para el virus, en etapas avanzadas se presenta hipoalbuminemia e hipocolesterolemia, así como cambios en la biometría hemática relacionados con el hiperesplenismo.

Se ha observado que el intervalo medio que transcurre entre una transfusión y la hepatitis crónica sintomática, cirrosis hepática o carcinoma hepatocelular es de 10, 21 y 29 años respectivamente; la probabilidad de resolución espontánea es prácticamente nula.

Caso sospechoso: Toda persona con ictericia y/o elevación sérica de las pruebas de funcionamiento hepático (transaminasas glutámico-oxaloacética (TGO)

Caso confirmado: Todo caso en el que se logre demostrar, mediante aislamiento a partir de cultivo de heces la presencia de virus de VHC o bien por serología la presencia de IgM anti HBc positivo.

OTRAS HEPATITIS VÍRICAS (B17-B19 EXCEPTO B17.1, B18.2)

La hepatitis viral aguda es una infección generalizada que afecta sobre todo al hígado. La mayoría de los casos de hepatitis aguda son causados por uno de estos cinco virus: virus de la hepatitis A (VHA), virus de hepatitis B (VHB), virus de hepatitis C (VHC), Virus de hepatitis D (VHD) y virus de hepatitis E (VHE).

Caso probable: Toda persona con ictericia y/o elevación sérica de las pruebas de funcionamiento hepático (transaminasas glutámico-oxaloacética, bilirrubinas totales (TGO, TGP, BT))

Caso confirmado: Todo caso probable en el que se logre demostrar, mediante aislamiento a partir de cultivo de heces la presencia de virus de VHD o NANB o bien por serología la presencia de virus de hepatitis D o virus de Hepatitis no A no B positivo.

CONJUNTIVITIS (H10)

Síndrome clínico que comienza con lagrimeo, irritación e hiperemia de las conjuntivas palpebral y bulbar de uno o ambos ojos, seguidos de edema de los párpados.

ESCABIOSIS (B86)

Caso probable.- Paciente que presente:

- Erupción intensamente pruriginosa
- Lesiones papulares, pequeñas y eritematosas
- Escoriaciones y con puntas con costras hemorrágicas
- En ocasiones se pueden observar surcos, como una fina línea (túneles) color gris, rojizo o marrón de 2 a 15 mm de largo.

Afección principalmente en regiones axilares, eminencias tenar e hipotenar, superficies flexoras de las muñecas y extensoras de los codos, pliegues interdigitales de manos, pliegues subgluteos, ombligo. En mujeres pliegues submamarios y pezones en varones región escrotal y abdomen. Respeta cabeza, cuello y pies.

Caso confirmado.- Diagnóstico clínico.

- Prurito predominio nocturno.
- Lesiones difusas en al menos dos localizaciones típicas o un miembro de la familia con prurito

- Identificación del parásito, las heces o sus huevecillos.

Apoyos diagnósticos.

- Prueba de la cinta adhesiva.
- Raspado de piel.
- Biopsia por rasurado.
- Microscopia de bajo poder.
- Dermatoscopia.

CONJUNTIVITIS EPIDÉMICA AGUDA HEMORRÁGICA (B30.3)

Es un padecimiento agudo, benigno y autolimitado, de inicio súbito, bilateral. El cuadro se acompaña con adenomegalias preauriculares y secreción serosa ocular que posteriormente se puede volver mucopurulenta en caso de infección bacteriana secundaria. Generalmente aparece precedida por un cuadro infeccioso de vías aéreas superiores (síndrome faringoconjuntival). La etiología es viral y los agentes implicados con mayor frecuencia son el virus *Coxsackie A 24* y el Enterovirus 70.

Una complicación directa de esta enfermedad es la radiculomielitis o síndrome tipo Guillain-Barré, caracterizado por dolor en las extremidades y parálisis flácida aguda que se desarrolla de 5 a 30 días después del inicio de la CEAH. En algunos pacientes se aprecia sintomatología que indica participación de las meninges, los pares craneales y la sustancia blanca de la médula espinal. Esta condición se presenta aproximadamente en uno de cada 10,000 pacientes de CEAH secundaria a Enterovirus 70.

Caso: Sujeto de cualquier edad que presente hemorragia conjuntival o palpebral uni o bilateral y uno o más de los siguientes:

- Hiperemia conjuntival,
- Quemosis y/o edema palpebral,
- secreción serosa o mucoserosa,
- Linfadenopatía cervical o retroauricular,
- Dolor ocular intenso,
- Fotofobia grave y lagrimeo

MAL DEL PINTO (A67)

El bejel, la pinta y la frambesia (treponematosis endémicas) son infecciones por espiroquetas crónicas, tropicales, no venéreas, que se diseminan por contacto corporal. Los síntomas del bejel son lesiones mucocutáneas y cutáneas, seguidas por gomas óseas y cutáneas. La frambesia causa periostitis y lesiones cutáneas. Las lesiones de la pinta están confinadas a la dermis. El diagnóstico es clínico y epidemiológico. El tratamiento se realiza con penicilina.

Caso sospechoso: Toda persona con pápulas indoloras y cambios en la piel.

Caso: Toda persona que vive en áreas rurales cálidas con hacinamiento que presente pápulas indoloras en extremidades nunca en torso, con descamación que evolucionan a la discromía, acompañadas de linfadenopatía, con presencia de espiroquetas *carateum* en el examen microscópico de campo oscuro.

Caso descartado: Toda persona que presente pápulas indoloras o discrómicas en todo el cuerpo, que no vive en zonas cálidas rurales y que en el examen de campo oscuro no tenga espiroquetas.

MENINGOENCEFALITIS AMEBIANA PRIMARIA (B60.2)

La puerta de entrada de *Naegleria fowleri* es la cavidad nasal, mediante inhalación de polvo o aspiración de agua o aerosoles contaminados con trofozoítos o quistes, los cuales pasan al Sistema Nervioso Central por el neuroepitelio olfatorio. El periodo de incubación es de 2 o 3 y hasta 7 o 15 días, dependiendo del inóculo y de la virulencia de la cepa.

El cuadro clínico tiene un inicio súbito, con curso rápido y fulminante, caracterizado por cefalea frontal, bitemporal intensa, fiebre (de 38.2 a más de 40° C), náusea, vómito (proyector), y signos de irritación meníngea: rigidez de nuca, encefalitis, fotofobia, edema cerebral, convulsiones, hipertensión intracraneal, progreso rápido a letargia, confusión y coma. La gran mayoría de los casos muere aproximadamente a las 48 o 72 horas (o hasta una semana después) del inicio del cuadro, principalmente por paro cardiorrespiratorio y edema pulmonar.

Toxoplasmosis (B58)

La Toxoplasmosis es una infección causada por *Toxoplasma gondii*, el cual es un protozoo parasitario de distribución mundial que se transmite al ser humano de varios modos. Los gatos, que constituyen su reservorio principal, son los únicos animales que eliminan oocistos por las heces.

La infección abarca un espectro clínico desde asintomática, toxoplasmosis adquirida, toxoplasmosis congénita, ocular y del paciente inmunocomprometido (por reactivación de quistes tisulares o infección oportunista primaria severa).

Infección asintomática: Se presenta en la mayor parte de los casos. Los sitios extra intestinales que son infectados en primera instancia son los ganglios mesentéricos y el parénquima hepático, con rápida regeneración celular.

Infección aguda adquirida: El período de incubación es de 10 - 14 días. Se presenta linfadenitis cervical y occipital moderada, mal estado general; en ocasiones se incluye linfadenopatía supraclavicular e inguinal, fiebre moderada, dolor de garganta, cefalea y mialgias. También pueden existir pérdida de apetito, náusea, vómito, dolor abdominal.

Es posible encontrar hepatoesplenomegalia, síntomas pulmonares o cardíacos, conjuntivitis y erupción cutánea. El cuadro generalmente se autolimita al cabo de 3- 4 semanas, pero hay cuadros crónicos con consecuencias importantes.

El diagnóstico temprano es de vital importancia en mujeres embarazadas a causa del riesgo para el feto.

Infección aguda generalizada: los sitios principales de diseminación son SNC, ojos, corazón, hígado y pulmones, con predilección por sitios donde la respuesta inmune es limitada, con lesiones celulares extensivas, que pueden conducir a encefalitis, retinocoroiditis, pericarditis, derrame pericárdico, miocarditis, miositis, neumonía intersticial, Síndrome de Guillain-Barré. Esto se observa particularmente en sujetos inmunocomprometidos.

Toxoplasmosis congénita: Transmisión vertical debida a infección activa en la madre durante el embarazo (ya sea por reactivación de bradizoítos en fase latente o por infección primaria aguda).

Toxoplasmosis ocular: Debida a toxoplasmosis congénita en la mayor parte de los casos, pero los casos de enfermedad adquirida postnatalmente se detectan cada vez con mayor frecuencia. Los principales signos y síntomas de la enfermedad ocular aguda son dolor ocular, fotofobia, lagrimeo, visión borrosa, un cuadro no específico.

Caso probable: Toda persona que conviva con gatos y que presente cefalalgia, mialgias, linfadenopatía cervical y axilar, dolor muscular, fiebre de 38° C irregular y linfocitosis.

Caso confirmado: Caso probable en el que se aíse el toxoplasma *gondii* en líquidos corporales y/o tejido, mediante biopsia y/o antecedente de óbitos y malformaciones

TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS) AGUDA (B57.0-B57.1)

La fase aguda corresponde al período inicial de la infección por *Tripanosoma cruzi*, puede ser sintomática o asintomática, y el período de incubación varía de acuerdo a la vía de infección. Los casos graves se manifiestan por miocarditis aguda y/o meningoencefalitis; la mayoría de los individuos que no desarrollan la forma grave sobreviven a esta fase aún sin tratamiento y evolucionan a la fase crónica.

La definición de fase aguda es la detección directa del parásito en la sangre del caso probable, entre los 7 a 15 días de iniciadas las manifestaciones clínicas. Puede producirse a cualquier edad, sin embargo, la mayoría de los casos se detectan antes de los 15 años, cuando el ciclo de transmisión predominante es el doméstico, donde las infecciones se dan en los primeros años de vida. La fase aguda puede durar de 2 a 3 semanas o hasta 4 meses, siendo la mayoría de los infectados asintomáticos en esta fase, por lo que este periodo suele pasar inadvertido, semejante a un resfriado común o presentar un cuadro clínico más severo. Siendo importante la búsqueda activa de casos y el estudio de los familiares desde un caso índice detectado.

TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS) CRÓNICA (B57.2-B57.5)

Corresponde a la etapa que sigue a la fase aguda y comienza cuando la parasitemia se vuelve indetectable por los métodos parasitológicos directos. Inicialmente la fase crónica es asintomática y un 60% de los infectados permanecen en esta fase, sin evolucionar hacia la forma crónica cardíaca o digestiva. Se estima que un 30% de los pacientes crónicos evolucionan a la forma cardíaca, y un 10% a la forma digestiva. Se caracteriza por baja parasitemia y altos niveles de anticuerpos de la clase IgG-anti-*T. Cruzi*.

INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS) S/C

Las IAAS, anteriormente denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», se refiere a la condición localizada o generalizada

resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente a la unidad de atención a la salud o antes de recibir atención sanitaria y que puede manifestarse incluso después de su egreso.

ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA (A98.4)

La Enfermedad por el Virus del Ébola (EVE) es un padecimiento altamente contagioso y mortal que puede ser causada por cualquiera de los cinco tipos de virus Ébola conocidos. El virus es transmitido al ser humano por contacto con animales salvajes y se propaga en las poblaciones humanas por transmisión de persona a persona.

Caso Sospechoso: Toda persona con fiebre y uno o más de los siguientes signos o síntomas: debilidad intensa, mialgias, cefalea, dolor de garganta, dolor abdominal, vómitos, diarrea, exantema, disfunción renal o hepática, tos, disentería, gingivorragia, púrpura, petequias, hematuria o hemorragias a otro nivel y que, durante los 21 días anteriores al inicio de los síntomas, haya estado en áreas con transmisión, o que haya tenido contacto con algún caso confirmado.

IX. ENFERMEDADES DE INTERÉS LOCAL O REGIONAL

Este grupo de enfermedades está constituido por:

- Leishmaniasis Visceral (B55.0)
- Leishmaniasis Cutánea (B55.1)
- Oncocercosis (B73)
- Tracoma (A71)

LEISHMANIASIS VISCERAL (B55.0)

La Leishmaniasis es causada por parásitos del género *Leishmania* transmitidos por el piquete de moscas de la familia *Phlebotominae*. Es una enfermedad con amplio espectro clínico e importante epidemiología. La enfermedad tiene tres formas clínicas.

La forma visceral es mortal si no se trata. Se caracteriza por episodios irregulares de fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y anemia. Es altamente endémica en el subcontinente indio y África oriental.

Caso probable: Toda persona que presente fiebre irregular y prolongada, hepatoesplenomegalia indolora, linfadenopatía y pérdida de peso.

LEISHMANIASIS CUTÁNEA (B55.1)

Es la forma más común de leishmaniosis. Provoca úlceras en las zonas expuestas del cuerpo y deja cicatrices permanentes y discapacidades graves.

Leishmaniosis mucocutánea: conduce a la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta. Aproximadamente un 90% de los casos de leishmaniosis mucocutánea se producen en el Brasil, Bolivia y el Perú.

Caso probable: Todo caso sospechoso que presente alguno o varios de los siguientes signos y síntomas.

- Caso probable de Leishmaniosis Cutánea Localizada (LCL): aparición de una o más lesiones nodulares o úlceras de bordes indurados, fondo limpio e indoloro, o bien reacción positiva a la intradermorreacción (IDR).
- Caso probable de Leishmaniosis Mucocutánea (LMC): obstrucción o perforación de membranas mucosas de nariz, boca y garganta.
- Caso de Leishmaniosis Cutánea Difusa (LCD): presencia múltiple de nódulos que se diseminan a lo largo de casi todo el cuerpo con anergia a la intradermorreacción (IDR).

ONCOCERCOSIS (B73)

La Oncocercosis es una infección por un nematodo filarial, causada por *Onchocerca volvulus*. Los síntomas son nódulos subcutáneos, prurito, dermatitis, adenopatía, obstrucción linfática, y lesiones oculares que pueden ocasionar ceguera. El diagnóstico se basa en el hallazgo de microfilarias en cortes de piel, la córnea o la cámara anterior del ojo, la identificación de los helmintos adultos en los nódulos subcutáneos o el empleo de PCR o sondas de DNA. El tratamiento consiste en ivermectina. Las larvas infecciosas que se inoculan en la piel durante la picadura de una mosca negra se convierten en helmintos adultos en 12 a 18 meses. Los helmintos adultos hembra pueden vivir hasta 15 años en los nódulos subcutáneos. Las hembras miden entre 33 y 50 cm de longitud y los machos, entre 19 y 42 mm. Los helmintos hembra maduros producen microfilarias que migran sobre todo a través de la piel e invaden los ojos.

Caso sospechoso: Toda persona que presente nódulos subcutáneos y discapacidad visual.

Caso: Toda persona que resida en estados como Chiapas, Tabasco, Oaxaca y que después de haber sido picada por moscas negras (simúlidos) presenta prurito intenso, con nódulos subcutáneos, hay hiperpigmentación o despigmentación de la piel y discapacidad visual o ceguera con exámenes de ELISA y DIG-ELISA positivos.

Caso descartado: Toda persona que presente prurito intenso con nódulos subcutáneos con discapacidad visual o ceguera y con pruebas de ELISA negativas.

TRACOMA (A71)

Es una queratoconjuntivitis de tipo infeccioso causada por las repetidas infecciones. Es una de las ocho principales causas de ceguera, afecta a poblaciones en situación de pobreza de las áreas rurales, donde el acceso a los servicios de agua y saneamiento es limitado; además, constituye la primera causa de ceguera prevenible en el mundo.

Caso probable de Tracoma: Toda persona de cualquier edad y sexo que resida o proceda de una región endémica y que presente alguno o varios signos como ojo rojo crónico, ardor, dolor, sensación de cuerpo extraño, fotofobia, lagrimeo y secreción ocular.

X. ENFERMEDADES BAJO VIGILANCIA SINDROMÁTICA

Este grupo está constituido por 5 enfermedades:

- Enfermedad Febril Exantemática (U97)
- Parálisis Flácida Aguda (U98)
- Síndrome Coqueluchoide (U99)
- Síndrome Meníngeo (G00-G03 Excepto G00.0, G00.1)
- Infección de Vías Urinarias (N30, N34, N39.0)

ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (U97)

La vigilancia epidemiológica de sarampión se ubica actualmente en el contexto de la vigilancia sindrómica, que agrupa una serie de

padecimientos con algunos signos y síntomas comunes llamados enfermedad febril exantemática (EFE): sarampión, rubéola, exantema súbito, escarlatina, erisipela, mononucleosis infecciosa, entre otras).

Caso sospechoso: Todo cuadro de enfermedad febril con exantema de más de tres días de evolución en menores de 15 años. En brotes o situaciones especiales se elimina la edad como criterio de inclusión.

PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (U98)

Es un síndrome clínico, caracterizado por una pérdida inmediata de la fuerza muscular de las extremidades, hasta la incapacidad total para realizar movimientos voluntarios incluyendo, aunque con menor frecuencia, debilidad de los músculos respiratorios y de la deglución, progresando a su severidad máxima en varios días o semanas por causas relacionadas con enfermedades neuromusculares de presentación aguda (menor a 5 días). La PFA, pueden ser ocasionada por diversas causas dentro de las que se encuentran: enfermedades infecciosas (bacterianas y virales), degenerativas (oncológicas), autoinmunes (distrofia muscular progresiva) e intoxicaciones (plomo, metales pesados, medicamentos, plaguicidas, *Karwinskia*). Dentro de este grupo de padecimientos se encuentran: la Poliomielitis, el Síndrome de Guillain-Barré, la Mielitis Transversa, algunas neuroinfecciones, lesión del nervio ciático, tumoraciones, intoxicaciones por *Karwinskia* (grupo de plantas reconocidas por su amplia distribución geográfica-ecológica en México y cuyos frutos provocan parálisis simétrica, progresiva ascendente e incluso la muerte y últimamente reportes de Infección por virus Zika.

SÍNDROME COQUELUCHOIDE (U99)

El término de síndrome coqueluchoide se ha empleado para denotar los signos y síntomas indistinguibles de la tos ferina, cuando no se puede demostrar la presencia de *Bordetella pertussis* o *parapertussis*, al mismo tiempo que se sospecha de una infección por otras causas. En este sentido el sistema de vigilancia pretende alcanzar una mayor sensibilidad en el diagnóstico clínico para detectar casos de tos ferina que de manera subclínica puedan encubrirse para su estudio en otros diagnósticos clínicos como; bronquiolitis, bronquitis, neumonía, bronconeumonía, laringotraqueítis, laringotraqueobronquitis, menos frecuente asma bronquial y cuerpos extraños. Por ello deben utilizarse las definiciones operacionales de

caso, suspicacia y criterio médico para la detección e inicio del estudio epidemiológico de los casos. La baja sensibilidad en la sospecha diagnóstica por los médicos, enfermeras, personal en formación del área de la salud, así como de la población en general, es causa principal de subregistro en casos de tos ferina, ya que este padecimiento es considerado como exclusivo de la infancia, y de manera errónea erradicado.

Caso confirmado: Persona mayor de 3 meses que presenta: tos de 14 o más días de evolución con dos o más de los siguientes signos: tos en accesos, tos paroxística, tos espasmódica, tos seguida de estridor laríngeo y más de uno de los siguientes elementos: tos cianozante, datos de hemorragia, contacto con casos similares en las últimas 2 a 4 semanas o presencia de un brote en la comunidad, BH con leucocitosis y linfocitosis y que tenga cultivo negativo para *B. pertusis*, resultado negativo por PCR, resultado negativo por ELISA.

SÍNDROME MENÍNGEO (G00-G03 EXCEPTO G00.0, G00.1)

Los síntomas más frecuentes son rigidez de cuello (Brudzinski), fiebre elevada, alteraciones del estado mental (confusión), otros signos y síntomas presentes son cefalea, náuseas, vómitos fotosensibilidad, Kernig, convulsiones y déficit neurológico focal (afectación de pares craneales, afasia, etc.). Una forma menos frecuente pero aún más grave de enfermedad meningocócica es la septicemia meningocócica, que se caracteriza la presencia de fiebre súbita, grave ataque al estado general, postración acompañados de hipotensión que puede llegar a choque y manifestaciones hemorrágicas (sobre todo a nivel cutáneo: petequias y equimosis). Puede ser mortal y debe considerarse siempre como una urgencia médica.

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (N30, N34, N39.0)

La infección de vía urinarias es un trastorno del sistema urinario en el que existe un proceso inflamatorio secundario a la presencia de un agente infeccioso. La Infección Urinaria se aplica a una amplia variedad de condiciones clínicas que varían desde una bacteriuria asintomática hasta la pielonefritis aguda.

Caso probable: Toda persona que presente:

Dolor o ardor al orinar

- Fiebre, cansancio o temblores
- Urgencia frecuente de orinar
- Presión en la región inferior del abdomen
- Orina con mal olor o con apariencia turbia o rojiza
- Con menor frecuencia, náusea o dolor de espalda

Síntomas:

- Micción dolorosa
- Micción urgente o frecuente
- Orina con sangre

Caso confirmado: Cistitis: toda mujer que presente urgencia para orinar acompañada de disuria y polaquiuria y hematuria.

Caso sospechoso: Uretritis toda persona que presente escurrimiento uretral profuso, comezón constante o sensación de quemadura.

XI. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Este grupo incluye 25 enfermedades:

- Bocio Endémico (E01)
- Diabetes Mellitus Insulinodependiente “Tipo I” (E10)
- Diabetes Mellitus No Insulinodependiente “Tipo II” (E11-E14)
- Diabetes Mellitus en el Embarazo (O24.4)
- Intoxicación Aguda por Alcohol (F10.0)
- Fiebre Reumática Aguda (I00-I02)
- Hipertensión Arterial (I10-I15)
- Enfermedad Isquémica del Corazón (I20-I25)
- Enfermedad Cerebrovascular (I60-I67, I69)
- Asma (J45, J46)
- Gingivitis y Enfermedad Periodontal (K05)
- Úlceras, Gastritis y Duodenitis (K25-K29)
- Enfermedad Alcohólica del Hígado (K70 excepto K70.3)
- Intoxicación por Plaguicidas (T60)

- Intoxicación por Ponzoña de Animales (T63, X21, X27, excepto T63.2)
- Intoxicación por Picadura de Alacrán (T63.2, X22)
- Edema, Proteinuria Y Transtornos Hipertensivos en el Embarazo, Parto y Puerperio (O10-O16)
- Eventos Supuestamente Asociados a la Vacunación (ESAVI) (Y58, Y59)
- Hiperplasia de la Próstata (N40)
- Hipotermia (T68)
- Insuficiencia Venosa Periférica (I87.2)
- Intoxicación por Monóxido de Carbono (T58)
- Contacto Traumático con Avispas, Avispones y Abejas (X23)
- Quemaduras (T20-T32)
- Cirrosis Hepática Alcohólica (K70.3)
- Efectos del Calor y de la Luz (T67, X30)
-

BOCIO ENDÉMICO (E01)

El bocio es el aumento de volumen de la glándula tiroidea. El bocio endémico aparece en zonas que se caracterizan por la carencia de yodo. También puede estar provocado o agravado por el consumo regular de alimentos bociógenos (mandioca, col, nabos, mijo, etc.). El desarrollo del bocio es un fenómeno de adaptación: el yodo es indispensable para la producción de las hormonas tiroideas. Una carencia de yodo provoca un déficit de su producción por parte del tiroides que, para compensarlo, aumenta de volumen. En la mayoría de los casos, la función tiroidea continúa siendo normal. Además de la aparición del bocio, en la mujer embarazada la falta de yodo tiene repercusiones muy graves en el niño (mortalidad fetal y perinatal, retraso en el desarrollo del niño, cretinismo). Estos riesgos deben ser prevenidos mediante un aporte de un suplemento de yodo en las zonas de carencia probada.

Signos clínicos

Grupo 0: tiroides normal, no palpable o no visible

Grupo 1: tiroides palpable, no visible cuando el cuello está en posición normal.

Grupo 2: tiroides perfectamente visible cuando la cabeza está en posición normal

Caso confirmado: Todo individuo que presente aumento de tamaño de la glándula tiroides, palpable, visible o ambos, nerviosismo, pérdida de fuerza, sensibilidad al calor, sudación, hiperactividad sin descanso, acompañado de uno o más de los siguientes síntomas y signos: temblor, palpitaciones, fijeza de la mirada, exoftalmos, modificación reciente de la voz, disnea, adenopatías submaxilares o cervicales, dolor por palpación en una o varias vértebras, y/o que en la absorción de T3 y el yodo radiactivo por la glándula se encuentren elevados.

DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE “TIPO I” (E10)

Tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con insulinopenia antes de los 30 años de edad.

Se establece el diagnóstico de Diabetes si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl; o bien glucemia >200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua, sin olvidar que en la prueba de ayuno o en la Prueba de tolerancia a la glucosa oral, o en ausencia de síntomas inequívocos de hiperglucemia, estos criterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente.

Caso confirmado: Toda persona que presente deficiencia absoluta de insulina

DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE “TIPO II” (E11-E14)

Tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos

Caso sospechoso: Toda persona que reúna los siguientes criterios: poliuria, polidipsia y polifagia, más una glucemia plasmática casual mayor o igual a 200 mg/dl

Caso confirmado: Toda persona que reúna los siguientes criterios: poliuria, polidipsia y polifagia, más una glucemia plasmática casual mayor o igual a 200 mg/dl o una glucemia plasmática en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl.

DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO (O24.4)

Es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, ésta traduce una insuficiente adaptación a la insulino resistencia que se produce en la gestante.

Se establece el diagnóstico de diabetes si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl; o bien glucemia >200 mg/dl a las dos horas. después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua, sin olvidar que en la prueba de ayuno o en la Prueba de tolerancia a la glucosa oral, o en ausencia de síntomas inequívocos de hiperglucemia, estos criterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente.

INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL F10.0)

De acuerdo al Dictionary of Words embriaguez derivado de los efectos del etanol sobre el organismo que pueden revestir distintos grados de gravedad (inclusive la muerte).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales define a la Intoxicación aguda por alcohol por 4 criterios:

- 1.-Ingesta reciente de alcohol
- 2.- Comportamientos inadaptados o cambios psicológicos clínicamente significativos, desarrollados durante la ingesta o poco tiempo después incluyendo alteraciones sexuales inapropiadas, agresividad, cambios en el estado de ánimo, alteraciones de juicio, alteración de las funciones sociales y en el trabajo.
- 3.- Signos clínicos durante o poco tiempo después de la ingesta de alcohol que incluyan disartria, marcha inestable, nistagmus, pérdida de atención de la memoria, estupor o coma.
- 4.- La inexistencia de una enfermedad general o trastorno mental que represente dichos signos.

Caso sospechoso: Toda persona con pérdida de la coordinación motora.

Caso: Toda persona que presente alegría explosiva, pérdida de la coordinación motora, reflejos disminuidos, acciones que normalmente no hace y que haya ingerido alguna bebida embriagante. Con examen toxicológico o de alcoholemia positivo a alcohol.

Caso descartado. Toda persona que presente alegría explosiva o tristeza, pérdida de la coordinación motora con reflejos alterados y que

haya ingerido tabletas o alguna sustancia ilícita, con examen de alcoholemia negativo

FIEBRE REUMÁTICA AGUDA (I00-I02)

La FR es una enfermedad inflamatoria sistémica, caracterizada por la existencia de lesiones que pueden afectar articulaciones, piel, tejido celular subcutáneo, corazón y sistema nervioso. Es secuela de una infección faríngea por *Streptococo* beta hemolítico del grupo A.

Caso probable: Paciente que presente signos y síntomas de alguno o más de los siguientes.

- Carditis: Inflamación de estructuras cardíacas; endocardio (ej., murmullos), pericardio (frote pericárdico) o miocardio (Insuficiencia cardíaca p cardiomegalia).
- Artritis poliarticular, migratoria, asimétrica y presenta predilección por los miembros inferiores y articulaciones grandes.
- Corea de Sydenham, más común en mujeres (Movimientos involuntarios que tienden a afectar con mayor frecuencia la cabeza y las extremidades superiores, pudiendo ser tanto generalizados como unilaterales). Frecuentemente autolimitada.
- Eritema marginal se presenta en brazos o tronco pero tiende a respetar la cara. Es un rash evanescente, rosado, no prurítico, con un borde irregular con piel de aspecto sano en el centro.
- Nódulos subcutáneos tienden a asemejar a los de la artritis reumatoide, (masas indoloras móviles y pequeñas (menores a 2 cm.), no adheridas a planos profundos. Son manifestaciones tardías de la enfermedad y tienden a relacionarse con gran frecuencia a carditis.

Se tiene antecedente de faringoamigdalitis de repetición.

Caso confirmado: Criterios de Jones

1. Presencia de dos criterios mayores; Carditis, Artritis, Corea de Sydenham, Eritema marginal o Nódulos subcutáneos.
2. Presencia de un criterio mayor y dos criterios menores: Fiebre mayor de 38° C., Intervalo P-R prolongado en el electrocardiograma de acuerdo con la edad: 3 a 12 años, más de 0.16 segundos; 12-16 años, más de 0.18 segundos. Más de 17 años, más de 0.20 segundos.

Y evidencia de un cuadros precedentes de infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A. Elevación de reactantes de fase aguda; el nivel de PCR debe ser ≥ 30 mcg/l o el de VSG ≥ 30 mm/hora o cultivo, elevación de

estreptolisina O ó por otro anticuerpo estreptocócico como la anti-deoxyribonucleasa B.

Son indicativos de infección previa por EGA la fiebre escarlatina reciente o una prueba de antígeno rápida positiva para estreptococo del grupo A.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (I10-I15)

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ ml/Hg. En la lectura de la presión arterial se utilizan ambos números, la presión sistólica y diastólica.

Una lectura con valores de:

- 119/79 o menos es considerada presión arterial normal
- 140/90 o más se considera hipertensión arterial
- Entre 120 y 139 de sistólica, o entre 80 y 89 de diastólica es prehipertensión. La prehipertensión significa que puede desarrollar presión arterial alta, a menos que tome medidas.

La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como derrames cerebrales, insuficiencia cardiaca, infarto e insuficiencia renal.

Caso confirmado: Aquel individuo mayor de 25 años que en el momento de la detección y que en dos visitas posteriores se identificó la presencia sostenida de tensión sistólica de 140 mmHg y una diastólica de 90 mmHg

ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN (I20-I25)

Son un conjunto de alteraciones cardíacas que ocurren por un desequilibrio entre el flujo sanguíneo de las arterias coronarias o flujo coronario y el requerimiento de oxígeno del músculo cardíaco o miocardio. Este desequilibrio produce una isquemia cuyos efectos son metabólicos (aumento del ácido láctico, acidosis, disminución del ATP, disminución de fosfocreatinas), mecánicos (disminución de la contractilidad del corazón, disminución de la distensibilidad de la zona isquémica, y otros) y eléctricos (modificación de potenciales de reposo y acción, inestabilidad eléctrica y los consiguientes trastornos del ritmo). Es la principal causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados.

La principal causa de la enfermedad coronaria es el estrechamiento de las arterias coronarias que irrigan el corazón a causa de la aterosclerosis, que básicamente consiste en la acumulación de lípidos en el lumen

(ateroma) de una o más arterias coronarias principales en las cuales su revestimiento interno se encuentra inflamado crónicamente. Otras causas incluyen las embolias, la arteritis, la disección, las estenosis ostiales. También se considera el espasmo coronario o angina de Prinzmetal.

Caso probable: Todo paciente que presenta dolor de tipo opresivo retroesternal, irradiado a cuello, maxilar inferior, epigastrio, hombros y brazo izquierdo,

Lo puede iniciar el esfuerzo físico, cambios bruscos de temperatura, el posprandio de comidas copiosas y puede disminuir con el reposo o la administración de nitratos. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos como diaforesis o náusea.

Puede coexistir con disnea, mareo, lipotimia e incluso síncope,

El dolor puede tomar otras formas como tipo pungitivo o urente, intenso, exacerbado por la inspiración profunda o los cambios de posición.

Caso confirmado: El electrocardiograma es la herramienta más útil para la complementación diagnóstica de pacientes con dolor torácico y sospecha de cardiopatía isquémica.

Su utilidad es innegable para la detección de cambios eléctricos que sugieran isquemia miocárdica antigua o reciente (inversión de la onda T que sugiere isquemia subepicárdica o complejos QS u onda Q patológica (zonas del miocardio no activables electrocardiológicamente), e identificar otras alteraciones que coexisten con la isquemia miocárdica tales como crecimiento de cavidades, alteraciones del ritmo o de la conducción.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (I60-I67, I69)

Es una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente. Se clasifica en 2 subtipos isquémicos y hemorrágicos.

- **Isquémica cerebral transitoria:** Se produce por la interrupción del flujo sanguíneo. Los síntomas duran unos pocos minutos y el paciente se recupera totalmente en menos de 24 horas. Es considerada como una urgencia médica.

- **Infarto Cerebral:** Aparece cuando el flujo sanguíneo se interrumpe por una obstrucción, que puede ser por causada por grasa o sangre, en un vaso sanguíneo.

- **Hemorragia:** Se presenta cuando un vaso sanguíneo se rompe, causando un sangrado dentro del cerebro.

Los síntomas más recurrentes son:

- Alteración repentina de la visión en un ojo o ambos.
- Pérdida repentina de la fuerza en un brazo, una pierna o ambos.
- Sensación de hormigueo en la cara, brazo o pierna. o aparición repentina de:
 - Problemas para hablar y/o entender lo que se escucha, acompañada por balbuceo.
 - Desequilibrio o inestabilidad.
 - Dolor de cabeza.

ASMA (J45, J46)

El asma es una enfermedad caracterizada por la inflamación difusa de las vías aéreas causada por una variedad de estímulos desencadenantes que da lugar a una broncoconstricción parcial o completamente reversible. Los signos y síntomas son disnea, opresión torácica, tos y sibilancias. El diagnóstico se basa en los antecedentes, el examen físico y las pruebas de función pulmonar. El tratamiento implica el control de los factores desencadenantes y la farmacoterapia, sobre todo con agonistas beta-2-adrenérgicos y corticosteroides, ambos inhalatorios. El pronóstico es bueno con tratamiento.

Caso: Todo individuo con antecedentes de alergia que presente tos, sibilancias, opresión torácica y disnea de forma episódica y recurrente.

GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL (K05)

Es una infección causada por las bacterias presentes en la placa dental que se forma en las superficies bucales y representa varias entidades nosológicas, su división básica se refiere a la gingivitis cuando se encuentra afectada la encía, se llama periodontitis cuando los tejidos suaves y estructuras de soporte de los dientes están lesionados. La gingivitis es la inflamación de la encía y se caracteriza por cambios en la coloración (comúnmente de un rosa pálido a un rojo brillante), se presenta edema y sangrado, además de alterarse la consistencia tisular.

ÚLCERAS, GASTRITIS Y DUODENITIS (K25-K29)

Es una enfermedad crónica del tubo digestivo caracterizada por remisiones y exacerbaciones cuya lesión se manifiesta por daño necrótico de la mucosa que se extiende más allá de la *muscularis mucosae*, produciendo una lesión excavada secundaria a la acción de la pepsina y el ácido clorhídrico.

Caso confirmado: Toda persona que presente dolor en epigastrio acompañado de pirosis acompañado de uno o más de los siguientes síntomas y signos, eructos ácidos, distensión gástrica, náuseas y vómitos y salivación excesiva, pérdida de peso, anorexia, anemia, la palpación en epigastrio es dolorosa y que se confirme la ulcera en la serie esofagastroduodenal.

ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO (K70 EXCEPTO K70.3)

Disfunción hepática severa en un contexto de consumo excesivo de alcohol y la exclusión de otras causas de enfermedad hepática.

El cuadro clínico se caracteriza por compromiso del estado general, anorexia, fiebre, ictericia, baja de peso, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Así como los siguientes: elevación de las aminotransferasas (ALT y AST, ambas menores de 300 UI/l), una relación del nivel de AST/ALT mayor a 2, bilirrubina sérica total mayor de 5 mg/dl, un INR elevado, leucocitosis con neutrofilia en ausencia de infección, trombocitopenia, hipoalbuminemia y ascitis.

Caso confirmado: Toda persona con antecedente de ingerir alcohol que presente en forma brusca fiebre, ictericia, ascitis, edema acompañada de arañas vasculares, anemia y a la palpación se encuentra un hígado duro doloroso, con pruebas de funcionamiento hepático alteradas y en el Bh tenga leucocitosis.

INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS (T60)

Caso: Toda persona sana de cualquier edad que estuvo en contacto con plaguicidas que inicie súbitamente con debilidad, cefalea, visión borrosa, miosis, bradicardia, diaforesis y ansiedad.

Caso descartado: Toda persona sana que inicie súbitamente con cuadro de diarrea, vómitos, falla ventilatoria, convulsiones, arritmias y alteración del estado de consciencia, al examen físico presenta midriasis,

olor extraño en el aliento, quemaduras en piel, mucosas y que haya ingerido alguna sustancia ilícita.

INTOXICACIÓN POR PONZOÑA DE ANIMALES (T63, X21, X27, EXCEPTO T63.2)

Los accidentes por animales ponzoñosos son producidos por la exposición (mordedura, picadura o contacto) a reptiles, artrópodos, peces y otras especies marinas que al inocular sus toxinas en el organismo provocan una serie de alteraciones fisiopatológicas que dan lugar a signos y síntomas, íntimamente relacionados con el género del animal agresor.

Caso: Toda persona que al ponerse los zapatos, o acostarse, o realizar labores de limpieza o jardinería sea mordido por algún animal y presente, dolor en la zona de la mordida, eritema, parestesias, fiebre, diaforesis y dolor abdominal.

Caso descartado: Toda persona que refiere sin causa aparente, dolor en las extremidades, o en tórax, eritema, parestesias, fiebre, diaforesis y dolor abdominal tipo cólico, falla cardiaca. Y que no tenga ninguna mordida.

INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRÁN (T63.2, X22)

Caso probable: Toda persona, residente de zona endémica de intoxicación por picadura de alacrán, en el que no hay evidencia de la picadura y que presenta signos y síntomas de la intoxicación y requiere seguimiento clínico y epidemiológico para la clasificación final.

Caso confirmado: Toda persona residente de cualquier lugar del país, en el que se confirma la picadura de alacrán y la presencia de signos y síntomas de la intoxicación.

EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O10-O16)

Pre eclampsia: Es un trastorno multisistémico con los siguientes criterios clínicos: edad gestacional mayor de 20 semanas, presión arterial mayor de 140/90 mmHg, tira reactiva con 1+ o muestra aislada de orina con 30 mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 h. En ausencia de proteinuria, el diagnóstico de preclampsia podría establecerse cuando la hipertensión gestacional es asociada con síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho con náusea o vómito

o bien trombocitopenia con alteraciones en las concentraciones de enzimas hepáticas

EVENTOS SUPUESTAMENTE ASOCIADOS A LA VACUNACIÓN (ESAVI) (Y58, Y59)

Los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) antes llamados Eventos Temporalmente Asociados a la Vacunación (ETAV), se definen como manifestación(es) clínica(s) o evento médico que ocurre después de la vacunación y es supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización.

La temporalidad dependerá de cada una de las vacunas.

Clasificación ESAVI No Graves y Graves.

ESAVI graves: cualquier manifestación Clínica importante que cumple con uno o más de los siguientes criterios:

- Causan la muerte del paciente.
- Ponen en peligro la vida del paciente en el momento que se presentan.
- Hacen necesario la hospitalización o prolongan la estancia hospitalaria.
- Son causa de invalidez o incapacidad persistente o significativa.
- Son causa de alteraciones o malformaciones en el recién nacido.
- Ej. Choque anafiláctico, parálisis flácida aguda, encefalitis, hemorragia intracraneana.

ESAVI No grave: todos los eventos que no cumplen con los criterios de un evento grave.

Ej. Reacción local que se trata de forma ambulatoria, niño con fiebre que acude a urgencias, se le administra antipirético y medios físicos y se da de alta de este servicio a las pocas horas.

HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA (N40)

En la clínica el término de hiperplasia prostática benigna (HPB) puede significar cualquiera de las 3 siguientes condiciones:

- A) Detección microscópica de hiperplasia es decir la proliferación del estoma y el epitelio.
- B) Crecimiento de la próstata detectado por el examen rectal digital o por ultrasonido y
- C) Un grupo de síntomas asociados con la hiperplasia prostática y definidos con el término "síntomas del tracto urinario inferior".

Las diferentes definiciones surgen porque el tamaño de la próstata no siempre correlaciona con los síntomas, sólo 30 % a 50 % de los hombres con HPB detectada por tacto rectal o ultrasonido, presentan síntomas), así el término de HPB es la causa más común de los STUI, estos pueden presentarse por otras patologías.

La HPB es considerada en la actualidad una enfermedad progresiva con un origen hormonal, en donde la dihidrotestosterona (DHT), producto de la acción de la enzima 5-alfa-reductasa tipo 2 sobre la testosterona, es la responsable.

Los síntomas comienzan después de los 50 años. No es una afección cancerosa y no se cree que aumente el riesgo de cáncer de próstata aunque los primeros síntomas sean los mismos:

- Ganas de orinar urgentes y frecuentes, sobre todo a la noche
- Problemas para comenzar a orinar o hacer sólo unas gotas
- Un flujo de orina que es débil, lento o termina y comienza varias veces
- Que ir otra vez al baño aunque haya ido recientemente
- Pequeñas cantidades de sangre en la orina
- El agrandamiento de próstata grave puede causar serios problemas más adelante, como infecciones del tracto urinario y daño en la vejiga o en los riñones. Si se detecta a tiempo, es probable evitar estos problemas.

Los exámenes para diagnosticar el agrandamiento de la próstata consisten en un tacto rectal, pruebas de sangre, diagnósticos por imágenes, estudios para medir la presión del flujo de orina y una cistoscopia, que es un examen que permite ver el interior de los órganos por medio de un telescopio llamado cistoscopio.

HIPOTERMIA (T68)

Caso de hipotermia cuando el paciente por exposición al frío ambiental natural presente temperatura corporal menor o igual a 35° C y uno o más de los siguientes signos o síntomas: temblor, confusión mental, desorientación, inconsciencia o somnolencia. Incluye Hipotermia accidental.

INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA (I87.2)

La insuficiencia venosa se clasifica en dos tipos, la primaria o esencial, y la secundaria posterior a una trombosis venosa profunda.

Insuficiencia venosa primaria o esencial. Se caracteriza por la presencia de cambios estructurales en las venas superficiales de las extremidades inferiores, como flexuosidades, dilataciones y alargamientos ocasionados por pérdida de elasticidad y atrofia o desaparición de las válvulas; las várices constituyen un elemento mayor de la patología vascular tanto por su frecuencia como por la importancia de las complicaciones que puedan provocar.

Se considera que 15% de la población general padece de insuficiencia venosa primaria, aún no se documenta el porcentaje general para la población con insuficiencia venosa secundaria (síndrome postrombótico) a consecuencia la dificultad para estimar muchos casos que no son documentados.

La potencial gravedad de la insuficiencia venosa radica en las complicaciones que puede generar, como dermatitis, úlceras, linfedeema crónico, trombosis de repetición, e infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo tan frecuentes en los pacientes con esta patología.

Caso: Toda persona mayor de 20 años que presente pesadez, calambres, comezón y edema vespertino continuo en extremidades inferiores y que trabaje parado sin periodos de descanso.

Caso confirmado: Toda persona que presente sensación de pesadez o dolor intenso en algún miembro del cuerpo, acompañado de aumento en la turgencia de los músculos y reacción inflamatoria, aumento de temperatura, a la palpación se siente la vena trombosada como cuerda.

Caso descartado. Toda persona que presente pesadez, calambres, comezón y edema continuo en extremidades inferiores, acompañado con dolor en cintura y orina turbia.

INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (T58)

Toda persona con antecedente de envenenamiento accidental que, como consecuencia de protegerse del frío fue expuesta a una combustión inadecuada y que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas: irritación de mucosas, cefalea, náusea, vómito, confusión mental o daño cerebral.

CONTACTO TRAUMÁTICO CON AVISPAS, AVISPONES Y ABEJAS (X23)

Caso sospechoso de picadura con reacción alérgica moderada: Toda persona de cualquier edad que presente múltiples lesiones maculo-papular en cualquier región del cuerpo.

Caso probable de picadura con reacción alérgica moderada: Todo caso sospechoso que presente enrojecimiento extremo del lugar de la picadura y las lesiones maculo-papulares que se agranda durante los dos días posteriores.

Caso confirmado de picadura con reacción alérgica moderada: Todo caso probable en el que se confirme la presencia de aguijón y que la sintomatología se resuelva en cinco a 10 días.

Picadura de abeja. Los síntomas duran pocos minutos, a veces horas, incluyen dolor local, prurito, eritema y ligero edema. A veces hay náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre, síncope y convulsiones.

Son graves los casos con múltiples picaduras. Las abejas cuando se sienten amenazadas liberan sustancias odoríferas de alarma que atraen a sus compañeras más próximas. Estas picaduras masivas son graves, fatales si superan las 20-30 picaduras, causando edema generalizado, lesiones ampollosas y purpúricas, colapso cardiovascular e insuficiencia renal aguda por mioglobinuria que origina necrosis tubular.

La mayoría de casos mortales se deben a hipersensibilidad alérgica, tras una primera picadura sensibilizante. Las reacciones pueden agruparse en 3 grupos:

1. Reacciones anafilácticas inmediatas. Aparece a los pocos minutos de la picadura un cuadro de prurito generalizado, urticaria, rinorrea, lagrimeo, tos, sensación de cuerpo extraño en faringe, broncoespasmo, edemas laríngeo, angioedema o shock anafiláctico. La muerte se produce por obstrucción de las vías respiratorias o por shock.

2. Grandes reacciones locales. Con eritema, edema tras la picadura, que son de gran magnitud y persisten más de un día.

3. Reacciones tardías. Aparece una o dos semanas tras la picadura, urticaria, angioedema, artralgias, linfadenopatía, fiebre y proteinuria. Vasculitis y síndrome nefrótico.

Avispas. El veneno de las avispas es muy parecido al de las abejas, aunque con ciertas diferencias antigénicas. La sintomatología es similar. La proporción de reacciones anafilácticas y de accidentes fatales es mayor, lo que debe estar en relación con una proteína, el antígeno-5 ausente en el veneno de abejas. El aguijón de las avispas es liso, no arponado como el de abejas, pudiendo producir varias picaduras sucesivas sin que su aguijón quede clavado y fijo en la piel.

QUEMADURAS (T20-T32)

De acuerdo con la OMS, una quemadura se define como una lesión de la piel o de otros tejidos corporales causada por el calor, o debido a la radiación, radioactividad, electricidad, fricción o contacto con químicos, que provoca alteraciones que van desde un simple eritema hasta la destrucción total de las estructuras dérmicas y subdérmicas.

CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA (K70.3)

Es una hepatopatía avanzada caracterizada por fibrosis amplia que compromete la estructura hepática normal. La cantidad de grasa en el hígado es variable. Puede coexistir con hepatitis alcohólica. El débil intento compensador de la regeneración hepática produce nódulos relativamente pequeños (cirrosis micronodular). Como consecuencia, el tamaño del hígado suele disminuir. Con el paso del tiempo y aunque el paciente deje de consumir alcohol, la fibrosis forma bandas anchas, que separan el tejido hepático en nódulos grandes.

Diagnóstico

- Anamnesis confirmada de consumo de alcohol
- Hepatograma y hemograma completo
- En ocasiones, biopsia hepática

Debe sospecharse que el alcohol es la causa de la hepatopatía en todo paciente que consume una cantidad excesiva en forma crónica, en particular > 80 g/día. Cuando hay dudas acerca del consumo de alcohol del paciente, la anamnesis debe avalarse a través de cuestionarios a miembros de la familia. No hay una prueba específica para diagnosticar la hepatopatía, pero si se sospecha el diagnóstico, debe solicitarse un hepatograma [tiempo de protrombina (TP), concentración sérica de bilirrubina, aminotransferasa y albúmina] y un hemograma completo para identificar signos de lesión hepática y anemia.

Caso confirmado: Toda persona con antecedente de ingerir alcohol que presente fiebre, ictericia, ascitis, circulación colateral, eritema palmar, arañas vasculares, anemia, malnutrición, ginecomastia, hemorragia digestiva alta y a la palpación se encuentra un hígado de borde nodular, con pruebas de funcionamiento hepático alteradas, aumento de la IgA y en el Bh tenga leucocitosis.

EFFECTOS DEL CALOR Y DE LA LUZ (T67, X30)

Se considera caso a toda persona que por exposición a temperaturas extremas elevadas, su organismo sea incapaz de disipar el calor y regular

la temperatura corporal, puede presentar uno o más de los siguientes signos o síntomas: temperatura corporal mayor o igual a 41° C, piel seca y congestionada, cefalea, fatiga, sed, náuseas, vómito, somnolencia, espasmos musculares, convulsiones y pérdida de la conciencia.

XII. NUTRICIÓN

Este grupo de enfermedades está compuesto por:

- Desnutrición Leve (E44.1)
- Desnutrición Moderada (E44.0)
- Desnutrición Severa (E40-E43)
- Obesidad (E66)
- Anorexia, Bulimia y Otros Trastornos Alimentarios (F50)

DESNUTRICIÓN LEVE (E44.1)

Estado patológico caracterizado por la afectación del indicador peso para la talla cuando los valores que se encuentran entre -1 y -1.99 desviaciones estándar.

Caso confirmado: Todo niño menor de cinco años que presente deficiencia de 25% o menos del peso que debe tener un niño en relación a su edad.

DESNUTRICIÓN MODERADA (E44.0)

Estado patológico caracterizado que produce déficit de peso entre -2 y -2.99 desviaciones estándar del indicador de peso para la edad.

Caso confirmado: Todo niño menor de 5 años con deficiencia de 26% al 40% de peso en relación con su edad.

DESNUTRICIÓN SEVERA (E40-E43)

Estado patológico caracterizado que produce déficit de peso de 3 o más desviaciones estándar del indicador peso para la edad.

Caso confirmado: Todo niño menor de 5 años con deficiencia mayor al 40% de peso en relación a la edad. Se toma como peso ideal la mediana de una población de referencia.

OBESIDAD (E66)

La obesidad es el exceso de peso corporal, definido como un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m². Las complicaciones incluyen trastornos cardiovasculares (sobre todo en las personas con exceso de grasa abdominal), diabetes mellitus, algunos cánceres, colelitiasis, hígado graso, cirrosis, artrosis, trastornos reproductivos en hombres y en mujeres, alteraciones psicológicas y, en las personas con IMC ≥ 35 , muerte prematura. El diagnóstico se basa en el índice de masa corporal. El tratamiento incluye la modificación del estilo de vida (p. ej., en la dieta, la actividad física y el comportamiento) y, para ciertos pacientes, fármacos o cirugía bariátrica (perdedora de peso).

Caso: Toda persona sin actividades físicas y con peso mayor que el establecido de acuerdo a su talla, con un índice de masa corporal mayor de 30.

Caso descartado: Toda persona que realice actividad física y que su peso sea mayor que el establecido de acuerdo a su talla y que su índice de masa corporal sea mayor a 25.

ANOREXIA, BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS (F50)

F50.0 ANOREXIA NERVIOSA Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo.

Pautas para el diagnóstico

a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres).

anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas).

e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

F50.1 ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve. Este término no debe utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida.

F50.2 BULIMIA NERVIOSA Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (letanía, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

a) Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

F50.3 BULIMIA NERVIOSA ATÍPICA Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa (F50.2), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).

F50.4 HIPERFAGIA ASOCIADA CON OTRAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.

La obesidad como causa de alteraciones psicológicas no debe ser codificada aquí. La obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales. Puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales.

F50.5 VÓMITOS ASOCIADOS CON OTRAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Además de la bulimia nerviosa en las que el vómito es autoprovocado, pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos (de conversión) (F44.-), en la hipocondría (F45.2), en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales, y en el

embarazo, donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

F50.8 OTROS TRASTORNOS DE LA INGESTION DE ALIMENTOS

Incluye: Disminución psicógena del apetito.

XIII. DISPLASIAS Y NEOPLASIAS

En el grupo se incluye:

- Tumor Maligno de la Mama (C50)
- Tumor Maligno del Cuello del Útero (C53)
- Displasia Cervical Leve y Moderada (N87.0-N87.1)
 - Displasia Cervical Severa y *CaCu In Situ* (N87.2, D06)

TUMOR MALIGNO DE LA MAMA (C50)

El cáncer de mama a menudo compromete las células glandulares mamarias en los conductos y los lóbulos. La mayoría de las pacientes son mujeres y presentan una tumoración asintomática descubierta durante el examen mamario o en una mamografía de cribado. El diagnóstico se confirma mediante biopsia. En general, el tratamiento incluye extirpación, a menudo con radioterapia, con o sin quimioterapia adyuvante u hormonoterapia.

Caso confirmado: Toda mujer que presente en las mamas la aparición de alguna masa de crecimiento lento acompañado de pezones retraídos con cambios de color o elevados piel con signo de cascara de naranja y que la biopsia de tejido mamario sea positiva.

TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO (C53)

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal.

DISPLASIA CERVICAL LEVE Y MODERADA (N87.0-N87.1)

Displasia: Pérdida de la capacidad de maduración del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

Displasia Cervical Leve: Es aquella displasia que presenta una Neoplasia Intraepitelial cervical (NIC), grado I.

Displasia Cervical Moderada: Es aquella displasia que presenta una Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado II.

DISPLASIA CERVICAL SEVERA Y CACU *In Situ* (N87.2, D06)

Displasia Cervical Severa: Es aquella displasia que presenta una Neoplasia intraepitelial Cervical (NIC), grado III.

Cáncer *in situ*: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

XIV. DEFECTOS AL NACIMIENTO

Considera 5 entidades clínicas:

Encefalocele (Q01)

Espina bífida (Q05)

Labio y paladar hendido (Q35-Q37)

Microcefalia (Q02)

Anencefalia (Q00)

ENCEFALOCELE (Q01)

Es un defecto del tubo neural, puede presentarse cuando se da un defecto en el cierre del neuróporo posterior. Esta lesión puede localizarse en cualquier sitio a lo largo de la columna vertebral, pero es más frecuente en la porción lumbar, y se presenta como una herniación del tejido de la columna (neural) (2010). Presencia de una herniación sacular de meninges a través de un defecto en los huesos del cráneo, que contiene en su interior tejido cerebral. El defecto puede localizarse en cualquier sitio de la línea media del cráneo (nasal, frontal, parietal u occipital).

ESPINA BÍFIDA (Q05)

Es un defecto congénito que se produce cuando la columna vertebral y la médula espinal no se forman correctamente. Se clasifica como defecto del tubo neural. La espina bífida puede oscilar entre leve y grave, según el tipo de defecto, el tamaño, la ubicación y las complicaciones. La espina bífida puede ocurrir en diferentes formas: espina bífida oculta (la más leve), meningocele o mielomeningocele. La gravedad de la espina bífida depende del tipo, el tamaño, la ubicación y las complicaciones. De acuerdo a la CIE-10 incluye hidromeningocele, meningocele, meningomielocele, mielocelo, raquisquisis, mielomeningocele, siringomielocelo y espina bífida abierta o quística.

Espina bífida oculta: Debido a que los nervios raquídeos, generalmente, no están afectados, no suele manifestarse ningún signo ni síntoma. Es el tipo más leve de espina bífida. Existe un pequeño espacio en la columna vertebral, pero no hay abertura ni saco en la espalda. La médula espinal y los nervios suelen ser normales. Este tipo de espina bífida generalmente no causa ninguna discapacidad.

Meningocele: Las membranas que rodean la médula espinal sobresalen a través de una abertura en las vértebras y forman un saco lleno de líquido, pero este saco no comprende la médula espinal.

Mielomeningocele: En esta forma grave de espina bífida el conducto vertebral queda abierto en varias vértebras en la parte inferior o media de la espalda. Tanto las membranas como la médula espinal o los nervios sobresalen en el nacimiento y forman un saco. Los tejidos y los nervios suelen quedar expuestos, aunque a veces la piel cubre el saco.

LABIO Y PALADAR HENDIDO (Q35-Q37)

Defecto facial completo o incompleto unilateral o bilateral, del labio superior alvéolo dentario y paladar. Es una anomalía craneofacial que provoca el desarrollo incompleto del labio superior y/o paladar, durante el desarrollo fetal. Entre los factores asociados se encuentran los genéticos, la deficiencia de vitaminas del grupo B, como el ácido fólico, y el consumo de alcohol, drogas y cigarrillos, así como la exposición prolongada a ciertos químicos.

MICROCEFALIA (Q02)

La microcefalia es una afección en la cual la cabeza del bebé es mucho más pequeña de lo esperado. La microcefalia puede ser una afección

aislada, lo que significa que puede ocurrir sin que ocurran otros defectos graves, o puede presentarse en combinación con otros defectos de nacimiento graves. En la microcefalia grave la cabeza del bebé es mucho más pequeña de lo esperado; puede ocurrir cuando el cerebro del bebé no se desarrolla adecuadamente durante el embarazo, o cuando el cerebro se empieza a desarrollar correctamente, pero en algún momento del embarazo ocurren daños y el cerebro deja de crecer.

ANENCEFALIA (Q00)

Ausencia de los huesos del cráneo y de gran parte del encéfalo, identificado clínicamente o mediante estudios de imagen (ultrasonografía, rayos X, tomografía axial computada, etc.).

XV. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DE SALUD MENTAL

En este grupo de enfermedades se incluye

- Depresión (F32)
- Enfermedad de Parkinson (G20)
- Enfermedad de Alzheimer (G30)

DEPRESIÓN (F32)

Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. El diagnóstico se basa en la anamnesis. En el tratamiento se utilizan fármacos o psicoterapia y, en ocasiones, terapia electroconvulsiva. El término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos. En la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

- Trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión)
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado

- Otros son clasificados por la etiología:
- Trastorno disfórico premenstrual

- Trastorno depresivo debido a otra enfermedad
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos

Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es típico su desarrollo en la adolescencia y entre los 20 y los 30 años. Hasta el 30% de los pacientes refieren síntomas depresivos en los centros de atención primaria, pero 10% tendrá una depresión mayor.

Caso confirmado: Toda persona que presente tristeza, pérdida de interés o placer, con sentimientos de culpa o falta de autoestima, en ocasiones con trastornos del sueño apetito y sensación de cansancio con falta de concentración.

ENFERMEDAD DE PARKINSON (G20)

El párkinson es una enfermedad producida por un proceso neurodegenerativo multisistémico que afecta al sistema nervioso central lo que provoca la aparición de síntomas motores y no motores. Es crónica y afecta de diferente manera a cada persona que la padece, la evolución puede ser muy lenta en algunos pacientes y en otros puede evolucionar más rápidamente. No es una enfermedad fatal.

Caso Sospechoso: Persona que presenta alguna de estas alteraciones motoras.

- Temblor de reposo, típicamente grosero y de gran amplitud.
- Rigidez que es característicamente en rueda dentada.
- Acinesia o lentitud de movimientos, que se presenta tanto en movimientos espontáneos como en voluntarios, y típicamente, manifiesta fatigabilidad y decremento progresivo de la amplitud durante movimientos repetitivos.

Caso Probable: 1er paso – Diagnóstico de Síndrome Parkinsoniano.

- Bradicinesia (lentitud del inicio de movimiento con reducción progresiva en la velocidad y la amplitud del mismo tras una acción repetida).

Además uno de los siguientes signos:

- Rigidez muscular.
- Temblor de reposo a 4-6 hercios.
- Inestabilidad postural no debida a afectación visual, vestibular, cerebelosa o propioceptiva primaria.

Caso Probable: 2º paso - Criterios de exclusión de enfermedad de Parkinson.

- Antecedente de ictus de repetición con una progresión escalonada de los signos parkinsonianos.
- Antecedente de traumatismos craneoencefálicos repetidos,
- Antecedente de encefalitis,
- Antecedente de crisis oculógiras.
- Tratamiento con neurolépticos al inicio de la sintomatología.
- Existencia de más de un familiar afectado.
- La enfermedad remite en forma sostenida.
- Afectación estrictamente unilateral después de tres años.
- Paresia supranuclear de la mirada.
- Signos cerebelosos.
- Afectación autonómica importante en forma precoz.
- Aparición de demencia de forma precoz con alteraciones en memoria, lenguaje y praxis.
- Signo de Babinsky.
- Presencia de un tumor cerebral o hidrocefalia comunicante (Scan).
- Respuesta negativa a una dosis suficiente de Levodopa una vez excluida malabsorción.
- Exposición a 1-methyl-4-phenyl-1, 2, 3, 6-tetrahydropyridine.

Caso Probable: 3er. paso - Datos de apoyo positivos durante el seguimiento de la enfermedad (se requieren tres o más).

- Inicio unilateral.
- Presencia de temblor de reposo.
- Asimetría mantenida con o predominio de la afectación de un lado del cuerpo.
- Excelente respuesta a Levodopa.
- Presencia de discinesias marcadas inducidas por levodopa.
- Respuesta a Levodopa tras cinco o más años.
- Duración de la enfermedad por diez o más años.

Caso confirmado:

- El diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson en vida es un diagnóstico de sospecha o probabilidad clínica.

- El diagnóstico “definitivo” precisa de la confirmación de los hallazgos neuropatológicos característicos, es decir, pérdida de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra pars compacta (SNpc) del mesencéfalo y la presencia de cuerpos y neuritas de Lewy, y solo puede hacerse una vez que el sujeto ha fallecido.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (G30)

Caso Sospechoso: Paciente que en la aplicación del Mini-Mental State Examination obtiene un puntaje indicativo de sospecha de demencia (menor de 24) o una evaluación equivalente.

Caso Probable: Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo menor:

A. Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.

2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B. Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Caso Probable: Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo mayor.

A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.

2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Caso Confirmado: Neuropatológicamente, la o el paciente presentan placas seniles (depósitos extracelulares en la sustancia gris del cerebro formados por neuronas muertas, otras células cerebrales y fragmentos de proteínas tóxicas, conocidos como beta amiloide) y ovillos neurofibrilares (conglomerados intraneuronales formados por pequeñas fibrillas entrelazadas, debidos a la hiperfosforilación de las proteínas Tau. Reflejan la destrucción de microtúbulos y neurofilamentos).

XVI. ACCIDENTES

En este grupo se reúnen siete lesiones:

- Peatón Lesionado en Accidente de Transporte (V01-V09)
- Accidentes de Transporte en Vehículos con Motor (V20-V29, V40-V79)
- Mordeduras por Perro (W54)
- Mordeduras por Otros Mamíferos (W55)
- Mordedura por Serpiente (X20)
- Violencia Intrafamiliar (Y07.0-Y07.2)
- Herida por Arma de Fuego y Punzocortantes (W32-W34)

PEATÓN LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE (V01-V09)

Caso confirmado: Todo peatón que sea lesionado a pie, cambiando rueda de vehículo, haciendo ajuste del motor del vehículo, carretilla y carro de mano, coche de niños, esquí, monopatín, patineta para hielo, silla de ruedas con motor, silla ortopédica, trineo.

ACCIDENTES DE TRANSPORTE EN VEHÍCULOS CON MOTOR (V20-V29, V40-V79)

Caso confirmado: Toda persona que se encuentre en un vehículo con motor realizando funciones como conductor o pasajero y que se lesione.

MORDEDURAS POR PERRO (W54)

Lesión provocada por los perros a las personas, que por desconocimiento acerca del comportamiento, por provocación o imprudencia pueden llegar a causar agresiones.

MORDEDURAS POR OTROS MAMÍFEROS (W55)

Caso: Toda persona que presente mordedura por mamífero (puede ser perro, gato o cualquier otro mamífero de sangre caliente) con dolor intenso, sangrante, laceración y emulsión de los tejidos acompañada después de 12 horas de fiebre.

Caso descartado: Toda persona que presente laceración en piel, con dolor intenso en el sitio, sin sangre, acompañada de fiebre sin haber sufrido ninguna agresión por mamífero.

MORDEDURA POR SERPIENTE (X20)

Caso: Toda persona que al realizar labores de agricultura, limpieza o jardinería se mordido por serpiente, presente dolor intenso, con hematoma, edema local, parestesias, sialorrea con parálisis de músculos faciales, lengua y faringe.

Caso descartado: Toda persona que sin causa aparente presente parestesias, sialorrea, parálisis de músculos faciales, lengua y laringe, insuficiencia respiratoria y que haya ingerido o inyectado algún medicamento.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (Y07.0-Y07.2)

Se define como la violencia física, sexual y psicológica que se produce en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.

Caso confirmado: Toda persona agredida en vivienda, institución residencial, mientras descansa, duerme o come o realiza otras actividades vitales

HERIDA POR ARMA DE FUEGO Y PUNZOCORTANTES (W32-W34)

Son las lesiones que ocasiona el proyectil a su paso a través de los tejidos del cuerpo humano. Las lesiones varían según la distancia y la zona del cuerpo donde penetra el proyectil.

Las características de una herida por arma de fuego a la entrada y a la salida, así como la extensión de la lesión dependen de un gran número de variables, como el tipo de arma usada, el calibre de la bala, la distancia al cuerpo y su trayectoria.

La literatura clásica divide las lesiones por arma blanca según el mecanismo de acción del instrumento que las produce, pudiendo clasificarse en base a este criterio como:

Heridas simples: Se producen cuando el arma actúa por un único mecanismo, y pueden ser:

- Heridas punzantes: Son el resultado de la acción de la punta del instrumento, y en ellas la profundidad de la lesión es mayor que la longitud de la herida en superficie.
- Heridas incisivas: Se producen como resultado del corte del instrumento lesivo por uno o más filos, determinando una herida larga y de escasa profundidad en relación con su longitud.
- Heridas dislacerantes: Debidas a la acción de agentes lesivos que distienden los tejidos rasgándolos o dislacerándolos.

Heridas complejas: Aparecen cuando el arma actúa por un mecanismo combinado:

- Inciso-punzantes: En ellas el arma penetra mediante un extremo puntiagudo que perfora, al mismo tiempo que con su filo las secciona las paredes.
- Inciso-contusas: Se producen por la intervención de un arma dotada de un filo y de una gran masa.
- Perforo-dislacerantes: En las que el instrumento lesivo posee una punta que ejerce un efecto de desgarramiento.

REFERENCIAS:

1. Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for public health surveillance. MMWR 1990; 39 (No. RR-13)
2. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
4. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
5. Organización Mundial de la Salud. Fecha de consulta: 28 de Junio 2018. Link: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8300%3A2013-encefalitis-equina-venezolana&catid=908%3Aviral-diseases-home&Itemid=39851&lang=es
6. Whitfield K, Rambaldi A, Wettersley J, Glud C. Pentoxifylline for alcoholic hepatitis. Cochrane Database 2009. Rev 4:CD007339.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Fecha de consulta: 28 de Junio 2018. Link: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedad-vascular-cerebral>
8. Guía de Práctica Clínica. "Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Secretaría de Salud, 09/03/2017".
9. Asociación Parkinson Madrid <https://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/>
10. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>
11. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-del-o%C3%ADdo-medio-y-la-membrana-timp%C3%A1nica/otitis-media-aguda>
12. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/nematodos-gusanos-redondos/oncocercosis-ceguera-de-los-r%C3%ADos>
13. <https://medlineplus.gov/spanish/pneumonia.html>
14. Bronconeumonía: ¿A qué se refieren los pediatras cuando la diagnostican? Pablo Cortés Borrego Rev Inst Nal Enf Resp Mex. Volumen 14 - número 3 Julio - septiembre 2001 Págs. 141-144 <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2001/in013a.pdf>
15. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/lesiones-y-envenenamientos/mordeduras-y-picaduras/mordeduras-de-humanos-y-mam%C3%ADferos>

16. https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/meningitis/meningitis-subaguda-y-cr%C3%B3nica#v8341196_es

17. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/neisseriaceae/enfermedades-meningoc%C3%B3ccicas>

18. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/espiroquetas/bejel,-pinta-y-frambesia>

19. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual-ets/linfogranuloma-ven%C3%A9reo-lgv>

20. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/food-poisoning/symptoms-causes/syc-20356230>

21. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_256_13_Intoxicacionetilica/ISSSTE_256_13_RR.pdf

22. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/175_GPC_INSUFICIENCIA_VENOSA_C/Imss_175RR.pdf

23. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm85/insuficiencia-venosa.html>

24. <https://www.gob.mx/salud/articulos/infecciones-respiratorias-agudas-iras>

25. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/protozoos-intestinales-y-microsporidias/amebiasis>

26. Accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población joven: evaluación de una intervención educativa en Cuernavaca, Morelos. Salud pública Mex vol.50 supl.1 Cuernavaca ene. 2008.

27. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>

28. Lineamientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de los defectos de tubo neural y craneofaciales. Abril 2017. Secretaría de Salud/Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud/Dirección General de Epidemiología. http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/09_Manual_DTN.pdf.

29. F50 Trastornos de la conducta alimentaria http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F50-F59.html

30. Boletín epidemiología. Número 38 Volumen 27 Semana 38 Del 19 al 25 de Septiembre de 2010.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/13049/sem38.pdf>

Intoxicación por Ponzoña de Animales. *T63, X21, X23, X27 (EXCEPTO T63.2)

31. Principios de urgencias, emergencias y cuadros clínicos
<https://www.uninet.edu/tratado/c101204.html>

32. <https://medicalguidelines.msf.org/viewport/CG/latest/bocio-endemico-y-carencia-de-yodo-23444026.html>

33. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/dermatologicas/candidiasis/2016/01/06/candidiasis-hombres-106997.html>

34. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/infecciones/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual-ets/chancroide>

35. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/432_GPC__Absceso_hepatico/GRR_Absceso_hepatico_amebiano.pdf

36. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/nematodos-gusanos-redondos/ascariasis>

37. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trastornos-mamarios/c%C3%A1ncer-de-mama>