

MERCOSUR/GMC/RES. N° 22/08

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
PRIORIZADAS Y BROTES ENTRE LOS ESTADOS PARTES DEL
MERCOSUR
(DEROGACIÓN DE LAS RES. GMC N° 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 y 17/05)**

VISTO: El Tratado de Asunción, el Protocolo de Ouro Preto, las Resoluciones N° 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 y 17/05 del Grupo Mercado Común.

CONSIDERANDO:

Que es necesario contar con procedimientos mínimos armonizados para intercambio de información y adopción de medidas de control sobre las enfermedades priorizadas por los Estados Partes.

Que las normas del MERCOSUR citadas en el VISTO de la presente Resolución no se adecuan al nuevo Reglamento Sanitario Internacional (2005).

**EL GRUPO MERCADO COMÚN
RESUELVE:**

Art. 1 – Aprobar el Documento de “Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades Priorizadas y Brotes entre los Estados Partes del MERCOSUR”, que consta como Anexo y forma parte de la presente Resolución.

Art. 2 – El referido documento contiene: Lista de Enfermedades, Definiciones de Caso, Diagnóstico de Laboratorio, Medidas de Control y Prevención y Sistema de Información (registro, consolidación y análisis).

Art. 3 – Los organismos nacionales competentes para la implementación de la presente Resolución son:

Argentina: Ministerio de Salud

Brasil: Ministério da Saúde

Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Uruguay: Ministerio de Salud Pública

Art. 4 – Deróganse las Resoluciones GMC N° 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 y 17/05.

Art. 5 – Los Estados Partes deberán incorporar la presente Resolución a sus ordenamientos jurídicos internos antes del 20/XII/08.

LXXII GMC – Buenos Aires, 20/VI/08

ANEXO

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES PRIORIZADAS Y BROTES ENTRE LOS ESTADOS PARTES DEL MERCOSUR

I. Criterios para la selección de eventos prioritarios

- Potencial epidémico para su diseminación internacional o posibles implicancias con comercio o viaje internacional.
- Correspondencia con una meta específica de un programa de control bajo compromisos regionales.
- Enfermedades emergentes que requieren intercambio de información para su conocimiento e intervención.

II. Eventos prioritarios sujetos a notificación

Se listan los eventos priorizados para notificación entre los Estados Partes del MERCOSUR.

1. BROTE O EVENTO DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL (ESPII)
2. COLERA
3. CHAGAS AGUDO
4. DIFTERIA
5. ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA
6. FIEBRE AMARILLA
7. FIEBRE DEL DENGUE (FD) Y DEL DENGUE HEMORRÁGICO (FDH)
8. GRIPE HUMANA POR NUEVOS SUBTIPOS DE VIRUS
9. HANTAVIROSI (SCPH)
10. MALARIA
11. PESTE
12. POLIOMIELITIS
13. RABIA HUMANA
14. RUBÉOLA Y SÍNDROME RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC)
15. SARAMPIÓN
16. SÍFILIS CONGÉNITA
17. SÍNDROME AGUDO RESPIRATORIO SEVERO (SARS)
18. TÉTANOS NEONATAL
19. VIRUELA

III. Normas de vigilancia y control de los eventos prioritarios

A continuación se desarrolla la modalidad de vigilancia y control de los eventos priorizados en el punto II.

1. BROTE O EVENTO DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL (ESPII)

Todo brote de enfermedad o evento que puede constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional ocurrido en cualquier parte del país que suponga riesgo de diseminación a otros Estados Partes del MERCOSUR según lo establecido en el instrumento de decisión que consta en el Anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

La notificación será inmediata por vía electrónica y cuando proceda por vía telefónica a los delegados de la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica con actualización semanal de la evolución del mismo hasta la finalización del brote.

La información a notificar debe contener las siguientes variables:

1. Enfermedad o Síndrome;
2. Agente, en caso que se haya identificado;
3. Alimento en caso de brote de enfermedades transmitidas por alimento;
4. Lugar y fecha de inicio del brote;
5. Número de casos y fallecidos;
6. Modo de transmisión;
7. Factores asociados a la ocurrencia del brote y
8. Medidas de control adoptadas.

Los procedimientos de notificación a la OMS y la adopción de medidas de control están establecidos en el RSI(2005).

2. CÓLERA

Caso sospechoso:

En una zona donde la enfermedad no esté presente:

Un paciente de 5 años de edad o más, con diarrea acuosa aguda abundante, que evoluciona a deshidratación grave o muerte; o

Un paciente de cualquier edad con diarrea que en los 10 días anteriores al inicio de los síntomas haya estado en una zona con ocurrencia de casos de Cólera; o

Contacto de caso sospechoso o fallecido que resida en el mismo domicilio o en la misma comunidad cerrada y que presente diarrea;

En una zona donde hay epidemia de Cólera:

Toda persona con diarrea acuosa aguda, con o sin vómitos.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por laboratorio por aislamiento de cepas toxigénicas de *Vibrio cholerae* 01 o 0139; o

Por nexa epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Diagnóstico de laboratorio:

Tipo de muestra	Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
Hisopado rectal o fecal	1 muestra	En el momento de contacto con el paciente	Medio de transporte Cary – Blair o frasco con agua peptonada alcalina	Temperatura ambiente hasta 72 hs. Refrigerado hasta 7 días	Temperatura ambiente en medio de transporte Cary - Blair
Heces	1 muestra de 3 a 5 g de heces	En el momento de contacto con el paciente	Frasco estéril sin conservantes	Sembrar inmediatamente después de la recolección y mantener a temperatura ambiente hasta 72 hs.	Temperatura ambiente

Medidas de control:

Acciones sobre las personas:

Poner en observación los contactos del caso índice durante cinco días a partir de su última exposición. Se entiende por contacto, aquellas personas que comparten los alimentos, agua y el alojamiento, con un enfermo de Cólera.

- Educar a la población acerca de la higiene personal y la preparación y manipulación de alimentos.
- Lavarse las manos antes de manipular los alimentos, antes de comer y después de ir al baño.
- Beber solo agua potable o si no se dispone de ella, hervir o utilizar hipoclorito de sodio en toda el agua para el consumo.
- Consumir todos los alimentos cocidos, especialmente verduras y mariscos.
- Después de la cocción, protegerlos contra la contaminación.

El uso de la vacuna no es apropiado para las medidas de protección de la salud pública debido a su baja eficacia y de la escasa durabilidad de la respuesta inmunológica.

Acciones ambientales:

- Monitoreo laboratorial de muestras de alimentos, agua de consumo, pozos, lagos, ríos, aguas portuarias, agua de lastre de buques, desechos líquidos y aguas servidas.
- Monitoreo de la concentración de cloro en agua de consumo asegurando la calidad microbiológica.
- Tratamiento adecuado de excretas.

3. CHAGAS AGUDO

CHAGAS AGUDO

Caso Sospechoso:

Toda persona con fiebre prolongada (≥ 7 días) y que presente cardiopatía aguda, hepatomegalia, esplenomegalia, signo de Romaña o chagoma de inoculación; o manifestaciones digestivas (diarrea, vómitos y/o epigastralgia intensa); **Y QUE:**

1. Haya estado en área endémica de transmisión vectorial en los últimos 6 meses; **Y/O**
2. Que haya sido transfundido o transplantado; **Y/O**
3. Que haya ingerido alimentos producidos sospechosos de contaminación por *T. cruzi*.

Caso Confirmado:

Todo caso sospechoso confirmado por laboratorio. En el curso de un brote por alimento, se puede confirmar también por nexos epidemiológicos, o sea expuesto a la misma fuente de contaminación de un caso confirmado por laboratorio.

CHAGAS CONGÉNITO

Caso sospechoso:

Todo recién nacido hijo de madre infectada con *T. cruzi*.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso confirmado por laboratorio.

Diagnóstico de laboratorio:

El Chagas agudo es determinado por la presencia de:

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

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

- Anticuerpos IgM anti-*T. cruzi* en sangre, que indican enfermedad aguda si está asociada a manifestaciones clínicas y nexos epidemiológicos compatibles.
- Para el diagnóstico con IgG, la presencia de anti-*T. cruzi* debe ser detectada por dos tests serológicos de principios distintos (Hemoaglutinación indirecta o ELISA), inclusive si uno de ellos sea para anticuerpos totales.

Medidas de prevención y control:

- a. Todos los casos de Chagas agudo deben ser notificados al sistema de salud pública dentro de 24 horas.
- b. Ante la ocurrencia de uno o más casos agudos, se debe realizar la investigación epidemiológica para la identificación del modo de transmisión, búsqueda activa de otros casos, evaluación de la ocurrencia de domiciliación de vectores.
- c. Los casos agudos deben recibir tratamiento específico lo más precozmente posible. La droga disponible es el **Benznidazol**, que debe ser administrado en la dosis de 5 mg/kg/día (adultos) o 5-10 mg/kg/día (niños) dividido en 2 o 3 tomas diarias durante 60 días. El **Benznidazol** está contraindicado en embarazadas. También puede utilizarse el **Nifurtimox** administrado en dosis de 8 mg/kg/día (adultos) dividido cada 8 horas durante 60-90 días. En niños se administra una dosis de 10 mg/kg/día por el mismo periodo. La administración de estos medicamentos debe estar bajo supervisión médica debido a los efectos colaterales. Medidas sintomáticas y de soporte deben ser realizadas de acuerdo con la calidad y gravedad del estado clínico del paciente.
- d. **Transmisión vectorial:** Control químico de vectores con insecticidas cuando la investigación entomológica indique la presencia de triatomíneos domiciliarios.
- e. **Transmisión oral:** Implementación y fiscalización de los cuidados de higiene en la producción y manipulación de alimentos, determinación de pasteurización de los alimentos y realización de investigación ecoepidemiológica con identificación de las especies de triatomíneos y vegetales.
- f. **Transmisión accidental:** Utilización de equipamiento de bioseguridad.
- g. **Transmisión transfusional:** Realizar de estudios serológicos en los bancos de sangre.

- h. **Transmisión vertical:** Realizar estudios serológicos de todas las mujeres embarazadas.

4. DIFTERIA

Caso sospechoso:

Toda persona que presenta cuadro agudo de infección orofaríngea, con presencia de seudomembranas blanco-grisáceas adherentes, ocupando las amígdalas y pudiendo invadir otras áreas de la faringe u otras mucosas y piel, con compromiso del estado general y fiebre moderada.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso, confirmado laboratorialmente por aislamiento de agente etiológico, o por nexos epidemiológicos con un caso confirmado laboratorialmente.

Diagnóstico de laboratorio:

Tipo de muestra	Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
Material de nasofaringe y orofaringe, piel u otro	Una muestra de cada localización	En el momento de la sospecha, antes de cualquier tratamiento antibiótico	Colocar el hisopo en tubo estéril, cerrado y rotulado	Temperatura ambiente	Si no es inmediato, utilizar un medio de transporte adecuado, a temperatura ambiente

Medidas de control:

- a) A todo contacto se le tomará una muestra para cultivo de la región faríngea (independiente de su estado vacunal).
- b) Una vez tomada la muestra se iniciará quimioprofilaxis a todas las personas de cualquier edad que no estén vacunadas, con estado desconocido de vacunación o vacunación incompleta.
- c) Esquema de quimioprofilaxis:

Se debe efectuar con:

- 1) Penicilina benzatínica por vía intramuscular.
 - En niños de menos de 30 kg. : 600.000 U.I.
 - En personas de más de 30 kg. : 1.200.000 U.I.
- 2) Eritromicina por vía oral
 - En niños: 40 – 50 mg/kg/día dividido en 4 dosis durante 7 días
 - En adultos: 500 mg cada 6 horas durante 7 días

d) Se observará durante 7 días para evidenciar la enfermedad. Si el resultado del cultivo del contacto es positivo, se debe realizar un nuevo cultivo al término de la quimioprofilaxis.

e) Vacunación de bloqueo:

Se iniciará vacunación con DT o DPT dependiendo de la edad del contacto a las personas no vacunadas, vacunación incompleta o con estado desconocido de vacunación.

Se dará un refuerzo a las personas con esquema completo para la edad, cuya última dosis haya sido administrada hace más de 5 años.

5. ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA

Caso sospechoso:

Paciente mayor de 1 año de edad con aparición súbita de fiebre (> 38° C) acompañada de cefaleas y vómitos o de al menos uno de los siguientes síntomas o signos:

- Rigidez de nuca
- Alteración de la conciencia
- Otros signos de irritación meníngea (Kernig, Brudzinsky, Lassegue).
- Erupción cutánea petequeal o purpúrica

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

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por una de estas dos técnicas:

- 1) Aislamiento del agente etiológico por medio de cultivo de Líquido Céfalorraquídeo (LCR), sangre u otro fluido.
- 2) Contra inmunolectroforesis (CIE) o la prueba de aglutinación por latex.

Observación: Uruguay no acepta como confirmatoria la prueba del latex.

En situaciones especiales, se acepta la confirmación por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Diagnóstico de laboratorio (para cultivo y CIE):

Tipo de muestra	Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
L.C.R.	1 muestra preferentemente de 2 ml (20 a 30 gotas)	Ante la sospecha y antes de inicio de la terapia antibiótica	Tubo estéril con tapa rosca	Cultivo: Temperatura ambiente. Enviar dentro de las 2 hs. Caso contrario mantener en estufa a 37° C	Temperatura ambiente
				C.I.E.: Temperatura ambiente. Enviar dentro de las 2 hs. Caso contrario refrigerar a 4° C.	Caja térmica con refrigerante
Sangre	2 muestras de 1 a 5 ml dependiendo de la edad y la técnica	La 1ª muestra ante la sospecha, la siguiente antes de la terapia antibiótica, pero con el mayor intervalo posible entre ellas	Frascos de hemocultivo comerciales, con medios adecuados inoculado en el momento de la extracción	Cultivo: Temperatura ambiente. Enviar dentro de las 2 hs. Caso contrario mantener en estufa a 37° C	Temperatura ambiente
				C.I.E.: Temperatura ambiente. Enviar dentro de las 2 hs.. Caso contrario refrigerar	Caja térmica con refrigerante
Suero o líquido cefalorraquídeo (LCR)	Suero: 2 ml LCR: 1-2 ml	Preferentemente en la primera consulta.	Tubo estéril con tapa rosca sin anticoagulante.	Latex: Temperatura ambiente hasta 1 hora. Caso contrario, refrigerar a 4° C	Caja térmica con refrigerante.

Medidas de control

Generales:

Evitar el hacinamiento en las viviendas y los sitios laborales, fomentando la ventilación de los ambientes en lugares con alta concentración de personas.

Quimioprofilaxis:

Se debe realizar preferentemente dentro de las primeras 24 horas y hasta 10 días del inicio de los síntomas del caso índice. Administrar a los contactos íntimos entendiendo como tales a los integrantes del núcleo familiar conviviente, y aquellos que no siendo convivientes se comportan como tales en tiempo y proximidad.

Si se trata de un escolar, la quimioprofilaxis la recibirán dentro del aula, sólo los compañeros que cumplan con el concepto de contacto íntimo. En los jardines maternos y guardería se hará quimioprofilaxis a todos los niños y a todos los adultos que trabajen con esos niños.

Esquema profiláctico:

Medicamento de elección: Rifampicina, de acuerdo al siguiente esquema:

- Adultos: 600 mg. cada 12 horas durante 2 días.
- Niños entre 1 mes y 12 años: 10 mg/kg de peso/dosis, sin sobrepasar los 600 mg. por dosis cada 12 horas durante 2 días.
- Niños menores de 1 mes: 5 mg/kg. de peso /dosis cada 12 horas durante 2 días.

Vacunación de bloqueo:

Se indica frente a la ocurrencia de brotes de enfermedad por meningococo A ó C, en personas mayores de 2 años de edad expuestas al riesgo de contraer la enfermedad.

6. FIEBRE AMARILLA

Caso sospechoso:

Paciente con cuadro febril agudo de inicio súbito hasta 7 días, residente o que estuvo en área con circulación viral (ocurrencia de casos humanos, epizootias o aislamiento viral en mosquitos), en los últimos 15 días, sin antecedentes de vacunación antiamarílica o con situación vacunal desconocida.

En situación epidemiológica de país con transmisión como Brasil, se considera también: individuo con cuadro febril agudo de inicio súbito, seguido de ictericia y/o manifestaciones hemorrágicas independiente de la situación vacunal para la Fiebre Amarilla.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por:

- Laboratorio por alguna de las siguientes técnicas:
 - Presencia de IgM específica.
 - Aumento cuádruple de los niveles de IgG sérica en pares de muestras de suero (fase aguda y convalescencia).
 - Detección del antígeno específico en los tejidos por inmunohistoquímico.
 - Detección de secuencias genómicas del virus (PCR) en la sangre u órganos.
 - Aislamiento viral

- Por criterio clínico - epidemiológico
 - Caso sospechoso que evolucionó a la muerte en menos de 10 días desde el inicio de los síntomas, sin confirmación de laboratorio, en el curso de un brote en que otros casos fueron confirmados por laboratorio.
 - En situación epidemiológica con transmisión, se considera también a toda persona asintomática u oligosintomática detectada en búsqueda activa que no haya sido vacunada y que presente serología (MAC-ELISA) positiva para Fiebre Amarilla.

Diagnóstico de laboratorio:

Tipo de muestra	Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
Sangre: Serología	2 muestras de suero de 5 ml. cada una	Fase aguda, a partir del 6º día. Fase convaleciente 10-20 días del inicio de los síntomas	Tubo de plástico herméticamente cerrado y rotulado. No usar anticoagulantes	Congelar a - 20º C	Caja térmica c/ refrigerante
Sangre: Aislamiento Viral	Una muestra de suero de 5 ml.	Fase aguda hasta el 5º día del inicio de los síntomas	Tubo de plástico herméticamente cerrado y rotulado. No usar anticoagulantes	Congelar - 70º C o Nitrógeno líquido	Caja térmica c/ hielo seco o Termo para Nitrógeno líquido
Órganos o tejidos: Aislamiento Viral	Fragmentos	Hasta 8 horas post-mortem	Tubo de plástico herméticamente cerrado y rotulado	Congelar a - 70º C o Nitrógeno líquido	Caja térmica c/ hielo seco o Termo para Nitrógeno líquido
Órganos o tejidos: Inmunohist oquímica	Fragmentos	Hasta 8 horas post-mortem	Tubo de vidrio c/ solución de formol al 10%	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente

Medidas de control:

Adicionalmente a las medidas de control para la prevención de la Fiebre Amarilla armonizadas por los Estados Partes del MERCOSUR, se indican las siguientes medidas:

- Instituir programa de vacunación masiva para todas las personas mayores de 9 meses de edad que residen en área endemo-epidémica de Fiebre

Amarilla. Frente a la detección de un caso sospechoso en estas áreas debe indicarse vacunación de bloqueo en personas no vacunadas o que se desconoce su estado de vacunación.

- En zonas no endémicas frente a la detección de circulación del virus amarílico en reservorios o vectores, o a la detección de caso autóctono, debe indicarse la vacunación de bloqueo a toda la población mayor de 9 meses de edad residente en la zona en riesgo.

7. FIEBRE DEL DENGUE (FD) Y DEL DENGUE HEMORRÁGICO (FDH)

FIEBRE DEL DENGUE (FD)

Caso sospechoso:

Paciente con enfermedad febril aguda con duración máxima de 7 días y con dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-orbitario, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas y leucopenia, y que resida o haya estado en los últimos 15 días en zona con circulación de virus de Dengue.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por:

- Laboratorio, por alguna de las siguientes técnicas:
 - Detección de IgM específica por enzimoimmunoensayo (ELISA) de captura,
 - Cuadruplicación de títulos de IgG en sueros pareados,
 - Reacción en cadena de la polimerasa (PCR),
 - Aislamiento viral,
 - Inmunohistoquímica,
 - neutralización o inhibición de hemaglutinación (IHA),
- Nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio; o en el curso de una epidemia, por criterio clínico-epidemiológico.

Diagnóstico de laboratorio:

Tipo de muestra	Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
Sangre: Serología	2 muestras de suero de 5 ml cada una	Fase aguda, a partir del 6º día Fase convaleciente 10-20 días del inicio de los síntomas	Tubo herméticamente cerrado y rotulado. No usar anticoagulante	Congelación A - 20° C	Caja térmica c/ refrigerante

Sangre: Aislamiento Viral	1 muestra de suero de 5 ml	Fase aguda hasta el 5° día del inicio de los síntomas	Tubo herméticamente cerrado y rotulado. No usar anticoagulante	Congelación a - 70° C o Nitrógeno líquido	Caja térmica c/ hielo seco o Termo para Nitrógeno líquido
Órganos o tejidos: Aislamiento Viral	Fragmentos	Hasta 8 horas post-mortem	Tubo herméticamente cerrado y rotulado	Congelación a - 70° C o Nitrógeno líquido	Caja térmica c/ hielo seco o Termo para Nitrógeno líquido
Órganos o tejidos: Inmunohistoquímica	Fragmentos	Hasta 8 horas post-mortem	Tubo de vidrio c/ solución de formol al 10%	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente

Medidas de control:

- Nivel Individual: Inicio de investigación epidemiológica de los casos sospechosos, para localizar el foco. Evitar el contacto del mosquito con el paciente por medio de mosquiteros, repelentes, mallas metálicas hasta que desaparezca la fiebre. En áreas de focos de fiebre amarilla selvática, cuando hay brotes de dengue, se recomienda vacunar contra fiebre amarilla ya que ambas enfermedades comparten el mismo vector.
- Nivel comunitario: Las acciones en terreno se deben tomar en forma conjunta con la comunidad, miembros organizados y responsables de saneamiento, control de vectores, medio ambiente y equipo de salud.
- Bloqueo de transmisión ante los primeros casos notificados (dentro de las 48hs.)
- Información, educación y comunicación a la población sobre la biología del mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención y control.
- Intensificación de la vigilancia de los casos febriles en áreas de riesgo potencial.
- Intensificar las medidas de control tendientes a eliminar potenciales sitios comunitarios y domiciliarios de cría del mosquito.
- Eliminación de criaderos de mosquitos mediante la destrucción, inversión de recipientes, aplicación de larvicidas (tratamiento focal); eliminación de adultos mediante rociado (tratamiento espacial).
- Campañas de eliminación de cacharros y tratamiento comunal de basura.

Medidas de control según situación epidemiológica:

Situación	Ordenamiento del medio	Vigilancia del vector	Vigilancia de Enfermedad	Trat. focal y perifocal	Trat. espacial
Situación I Sin Aedes	+++++	Evaluación periódica de viviendas	--	--	--
Situación II Con Aedes Sin Dengue	+++++	Evaluación para monitorear medidas de control	+++	+++	Sólo ante alta densidad de vectores.
Situación III Epidemia de Dengue	+++++	Igual a Situación II	+++	+++	+++
Situación IV Endemia de Dengue	+++++	Igual a Situación II	+++	+++	Sólo ante alta densidad de vectores.

FIEBRE DEL DENGUE HEMORRÁGICO (FDH)

Caso sospechoso:

Todo caso sospechoso o confirmado de Fiebre del Dengue con una o más de las siguientes manifestaciones:

- Prueba del torniquete positiva.
- Petequias, equimosis o púrpura.
- Hemorragia de las mucosas, sitios de inyección u otros sitios.
- Hematemesis o melena.
- Trombocitopenia (100.000 células o menos por mm³).
- Indicios de pérdida de plasma debida al aumento de la permeabilidad vascular, con una o más de las siguientes manifestaciones:
- Aumento del índice hematocrito en 20% o más del valor normal.
- Disminución del 20% o más del índice hematocrito después del Tratamiento de reposición de pérdidas en comparación con el nivel de base.
- Derrame pleural, hipoproteinemia y ascitis.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso de FDH con confirmación laboratorial por alguna de estas técnicas:

- Detección de IgM específica por enzimoimmunoensayo (ELISA) de captura,
- Cuadruplicación de títulos de IgG en sueros pareados,
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR),
- Aislamiento viral,
- Inmunohistoquímica,

- Neutralización o inhibición de hemaglutinación (IHA).

Diagnóstico de laboratorio: igual que para Fiebre del Dengue.

Medidas de control: igual que para Fiebre del Dengue.

8. GRIPE HUMANA CAUSADA POR UN NUEVO SUBTIPO DE VIRUS

Fue incluida como patología de notificación obligatoria por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), utilizándose para notificación entre los Estados Partes del MERCOSUR la definición de caso proporcionada por la OMS, como se menciona en el Anexo 2 de dicho Reglamento.

9. HANTAVIROSIS (SCPH)

Caso sospechoso:

- Paciente con enfermedad febril aguda, temperatura mayor o igual a 38,5°C, mialgias, acompañado de 1 ó mas de los siguientes signos y síntomas: escalofrío, astenia, dolor abdominal, náusea, vómitos, cefalea, tos, insuficiencia respiratoria aguda de etiología no determinada o edema de pulmón no cardiogénico, en la primera semana de la enfermedad, **○**
- Paciente con enfermedad febril aguda, que presenta cuadro de edema pulmonar no cardiogénico con evolución a la muerte, **○**
- Paciente con historia de enfermedad febril aguda, con exposición a la misma situación de riesgo, en los últimos 60 días, de 1 o más casos de hantavirus confirmado (s) laboratorialmente.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por laboratorio con algunos de los siguientes métodos diagnósticos:

- Serología reactiva para anticuerpos de clase IgM o seroconversion de IgG, **○**
- Inmunohistoquímica positiva, **○**
- RT-PCR positivo para hantavirus

Criterio clínico epidemiológico:

Caso sospechoso con evolución a la muerte y que no haya sido sometido a exámenes laboratoriales específicos y complementarios, y que haya frecuentado áreas con registros recientes de casos de hantavirus confirmado por laboratorio, o exposición a la misma situación de riesgo de casos confirmados laboratorialmente.

Diagnóstico de laboratorio:

Tipo de muestra	Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
Sangre coágulo o plasma o suero.	1 o 2 muestras de 5 a 10 ml. (sin anticoagulante)	Al momento de la captación del caso (sospecha diagnóstica), independiente del período de enfermedad. Si es negativo, repetir a los 10 días. En fallecidos, extraer 5 a 10 ml de sangre intracardiaca.	Tubo herméticamente cerrado (Sin anticoagulante)	Congelado a - 20°C o refrigerado por un tiempo máximo de 24 horas.	Hielo seco o caja térmica con refrigerante.
Tejidos de Necropsia	Fragmentos de pulmón, riñón, bazo, hígado y otros. Una muestra de cada tejido con 1,5 - 2,0 cm ² .	Hasta 8 horas después de la muerte.	Frasco conteniendo solución de formol tamponada al 10% o en tacos de parafina.	Temperatura ambiente	A temperatura ambiente. (NO REFRIGERA R)

Medidas de Control:

En relación a los roedores:

Medidas para el control de roedores fuera de la vivienda

Con el fin de reducir la posibilidad de proliferación de roedores en el entorno de las viviendas y edificaciones, se deben tomar las medidas tendientes a eliminar los factores que posibiliten su anidación, reproducción y alimentación, entre las que destacan las siguientes:

- Mantener despejado, limpio y libre de elementos que sirvan de alimento o nidación para los roedores alrededor de las viviendas y edificaciones.
- Desmalezar y mantener corto el pasto en un perímetro de 30 metros alrededor de la vivienda 7 días antes de desmalezar y limpiar alrededores, desratizar el perímetro de la vivienda. Sellar previamente las posibles entradas a la vivienda. Ambas medidas tienen por objeto evitar que los roedores migren al interior de la vivienda.

- En el perímetro de las edificaciones se debe evitar la acumulación de materiales de desecho, a la vez que se debe, en lo posible, ubicar los cúmulos de leña, paja u otros materiales, a lo menos a treinta metros de la vivienda y sobre tarimas de 20 cm. de alto que eviten la nidación o refugio bajo éstos y tratando de mover este material periódicamente.
- Las bodegas de granos, leñas, paja, herramientas u otros elementos deben ser ubicadas a no menos de 30 metros de las viviendas. Guardar granos en envases herméticos y resistentes a roedores. La estructura de las bodegas debe evitar el ingreso de roedores y contar con dispositivos que faciliten su permanente ventilación.
- Antes de ingresar a bodegas, éstas se deben ventilar por a lo menos 30 minutos, abriendo puertas y ventanas.
- Mantener la basura doméstica en recipientes cerrados resistentes a roedores. Si no existe recolección domiciliaria, las basuras deben ser enterradas diariamente, en lugares alejados de la vivienda y cubiertas con a lo menos treinta centímetros de tierra.
- Después de alimentar a los animales domésticos, guardar la comida fuera del alcance de los roedores, especialmente en la noche.
- Evitar dejar al alcance de los roedores envases con agua y mantener protegidas las fuentes de abastecimiento de agua.
- Incentivar la colonización y proteger la población de depredadores naturales.

Medidas para el control de roedores al interior de las viviendas

Para evitar el ingreso y proliferación de roedores dentro de las viviendas y edificaciones se deben tomar las siguientes medidas:

- Sellar todas las rendijas de más de dos centímetros de abertura, tanto en el interior como en el exterior de la estructura de la edificación, con materiales como mallas de acero, cemento u otro material resistente a la acción de los roedores. Esta medida es de especial importancia en aquellos recintos en que se almacenan alimentos. Además, en lo posible, las edificaciones deben tener una base sólida de a lo menos 30 cm. de alto y de una profundidad de 20 cm.
- Eliminar del interior todos los elementos en desuso que puedan servir para la nidación de roedores.
- Mantener todos los alimentos almacenados en lugares o envases a prueba de roedores. No mantener restos de alimentos al alcance de los roedores, lavando en forma inmediata los platos de comida usados y depositando los restos de comida en tarros de basura cerrados, tanto en el interior como en el exterior de la vivienda.

Medidas de control para contactos estrechos

Es sugerente el riesgo de transmisión interhumana con el virus *Andes*. Por eso se deben extremar las medidas de protección personal en relación a sangre, secreciones y fluídos corporales se deben investigar contactos (personas que viven bajo el mismo techo o tienen una relación íntima y

prolongada con el caso de hantavirus, independientemente de la exposición ambiental) del caso.

10. MALARIA

Caso sospechoso:

Todo individuo que presenta un cuadro febril y que reside o procede de área donde haya transmisión de Malaria o que haya recibido transfusión sanguínea en zonas endémicas, en período de 8 a 30 días antes del inicio de los síntomas.

Caso confirmado:

Caso sospechoso que tenga detección de plasmodio en frotis de sangre (Gota gruesa).

Diagnóstico de laboratorio:

Tipo de muestra	Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
Sangre	1 muestra de sangre desfibrinada en lamina (gota gruesa)	En período febril	Extendido sobre porta objeto, si es posible coloreado con Giemsa	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente

Medidas de control:

- Tratamiento inmediato de casos diagnosticados
- Búsqueda activa de casos
- Investigación entomológica
- Nebulización residual y espacial
- Ordenamiento del medio ambiente para evitar la proliferación del vector.
- Orientación a la población en cuanto a la enfermedad, uso de repelentes, mosquiteros, tejidos en puertas y ventanas, ropas protectoras, tules impregnados.
- Investigación Epidemiológica.

11. PESTE

Caso sospechoso:

Todo paciente que reside o visitó en los 10 días previos un área endémica o próxima a un foco natural de transmisión de Peste y que presenta cuadro agudo de fiebre y adenopatías (sintomático ganglionar), o síntomas respiratorios (sintomático neumónico), acompañado o no de manifestaciones clínicas generales de la enfermedad.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por:

- Laboratorio, con una de las siguientes pruebas:
 - Inmunofluorescencia indirecta.
 - Hemaglutinación pasiva.
 - Por aislamiento de *Yersinia pestis*.
 - Dot – ELISA, o
- Nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

Diagnóstico de laboratorio:

Tipo de muestra		Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
Aspirado de bubón		1 muestra de 3 – 5 ml de aspirado	Fase aguda de la enfermedad	Cary Blair	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente
Espujo		3 hisopados de nasos y oro-faringe	Fase aguda de la enfermedad	Cary Blair	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente
S a n g r e a	Serología	2 muestras: fase aguda y convaleciente, de 5 ml cada una	1era. hasta 5 días, 2da. después de 15 días, del inicio de los síntomas	Tubo tapa rosca	Refrigerar (hasta 24 – 48 horas) Después conservar en freezer a - 20 ° C	En caja térmica con hielo
	Hemocultivo	1 muestra de 20 ml	En la fase aguda	Frasco con medio de cultivo propio	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente

Medidas de control:

- Desinfección con insecticidas del grupo de los carbamatos y piretroides, de ambientes con roedores y pulgas contaminadas.
- Anti-ratización como medida preventiva. A fin de evitar la desratización, siendo esa medida, usada en último caso (frente a una superpoblación de roedores).
- Acciones educativas para evitar la proliferación de roedores próxima a las viviendas.
- Evitar contacto con roedores silvestres en áreas de foco de Peste.
- Monitoreo e identificación precoz de los casos.
- Vigilancia en áreas portuarias y aeroportuarias.
- Vigilancia durante 7 días de todo individuo que tenga o haya tenido contacto con paciente de Peste neumónica.
- Monitoreo de roedores y pulgas contaminadas por Peste.

Esquema terapéutico para profilaxis:

a) Forma bubónica.

No se recomienda terapéutica profiláctica.

b) Forma neumónica

La quimioprofilaxis está indicada en los contactos directos de los casos confirmados.

c) En expuestos a pulgas infectadas en zonas endémicas

Drogas indicadas:

- Sulfadiazina: 2 –3 gramos por día divididos en 4 – 6 tomas durante 6 días.
- Sulfametoxazol + Trimetropim: 400 mg y 80 mg respectivamente cada 12 horas durante 6 días.
- Tetraciclina: 1 gramo por día durante 6 días.

12. POLIOMIELITIS**Caso sospechoso:**

Cualquier caso de parálisis flácida aguda (PFA) –incluyendo el síndrome de Guillain-Barre-, en una persona <15 años de edad, por cualquier motivo que no sea un traumatismo grave reciente o toda persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis.

Caso confirmado:

Caso sospechoso con o sin parálisis residual, y aislamiento de poliovirus salvaje de las heces del caso o de sus contactos.

Caso compatible:

Cuando no se obtuvo una muestra adecuada de heces de un caso sospechoso, durante las 2 semanas siguientes al inicio de la parálisis, y hay enfermedad paralítica aguda, con parálisis residual compatible con poliomielitis al cabo de 60 días, o sobreviene la muerte dentro de los 60 días siguientes, o no se hace seguimiento del caso.

Caso de Poliomielitis paralítica relacionada con la vacuna:

Caso de PFA, cuyo origen se atribuye al virus de la vacuna y que cumple los cuatro requisitos siguientes:

- Clínicamente es típico de poliomielitis, incluyendo las secuelas.
- Había recibido VPO entre 4 a 40 días antes del inicio de la parálisis.
- Se le había aislado virus polio vacunal en las muestras de heces.
- La dosis implicada debe ser, de preferencia, la primera.

Descartado (no poliomielitis)

Caso de parálisis flácida aguda, con muestra(s) adecuada(s), muestra(s) colectada(s) hasta 14 días del inicio de la deficiencia motora, en la cual no hubo aislamiento de poliovirus salvaje.

Poliovirus derivado vacunal (PVDV)

Poliovirus que presenta más de 1% de diferencia genética en relación al virus vacunal correspondiente.

Diagnóstico de laboratorio:

Tipo de muestra		Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
V I V O S	Heces	1 muestra de 10 g. (1 cucharada).	Hasta 14 días después del inicio de la parálisis.	Frasco seco con tapa rosca.	En refrigeración hasta 3 días. Después de este período congelar a - 20 ° C.	Frascos acondicionados individualmente en bolsa plástica sellada. Caja térmica con hielo seco en temperatura de 4-8 ° C.
	M U E R T O S	Heces	1 muestra de hisopado rectal.	En el momento de la muerte.	Tubo seco con tapa rosca.	En refrigeración hasta 3 días. Después de este período congelar a - 20 ° C.
	Tejidos (cerebro, médula espinal)	1 muestra de cada localización (20 g.).	En el momento de la necropsia.	<u>Aislamiento viral:</u> Tubos separados con solución salina.	En refrigeración hasta 3 días. Después de este período congelar a - 20 ° C.	Caja térmica con hielo seco en temperatura de 4-8 ° C.

				Histopatología :Tubos separados con solución de formol al 10%.	Temperatura ambiente.	Caja de transporte.
--	--	--	--	---	-----------------------	---------------------

OBSERVACIÓN

Todo caso conocido tardíamente deberá tener una muestra de heces, colectada hasta 60 días luego del inicio de la deficiencia motora.

Medidas de control:

Según normativa de OPS/OMS en cumplimiento del compromiso de los Estados Partes en los Programas de Eliminación/Erradicación.

13. RABIA HUMANA

Caso sospechoso:

Toda persona que presenta como cuadro clínico, síndrome neurológico agudo (encefalitis) con predominio de signos de hiperactividad (Rabia furiosa), o de síndrome paralítico (Rabia muda), generalmente seguido de insuficiencia respiratoria, que progresa hacia el coma y la muerte, con antecedentes o no de exposición al virus rábico.

Caso confirmado:

- Laboratorial

Caso sospechoso, en que se demuestre infección por virus rábico a través del estudio por laboratorio o

Caso sospechoso con antecedentes de exposición a animal rabioso confirmado por laboratorio, con alguna de las siguientes técnicas:

- *Diagnóstico ante-mortem:*
 - Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia en impresión corneal o bulbos pilosos de la nuca.
 - Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia después de la inoculación de saliva en ratones lactantes o en cultivo celular.
 - Detección de anticuerpos neutralizantes específicos para Rabia en suero y/o en LCR de una persona sin antecedentes de vacunación.

- Detección de ácido nucleico del virus rábico por PCR en muestras de saliva o inmunofluorescencia en bulbos pilosos de la nuca.
- *Diagnóstico post-mortem:*
 - Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia en muestras de tejido cerebral.
 - Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia después de la inoculación de muestras de tejido cerebral en ratones lactantes o en cultivo celular.
- Clínico-epidemiológico
 Todo caso sospechoso, sin posibilidad de confirmación laboratorial, con antecedente de exposición a una probable fuente de infección, en una zona con comprobada circulación viral.

Diagnóstico de laboratorio

Tipo de muestra animal	Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
Cerebro (cabeza) del animal. Si el animal es pequeño, la muestra es el animal entero	Una muestra de cada animal muerto	Al momento de morir o eutanasia	Doble recipiente de metal o plástico cerrado herméticamente	Refrigerar dentro de las 24 horas; Congelar si es necesaria la conservación por período mayor de 24 horas	Caja térmica con refrigerante.
ANTE-MORTEM: Frotis corneal	1 lámina para cada ojo	Al momento de la sospecha	Portalámina adecuada	Congelado	Caja térmica con refrigerante.
Biopsia cutánea	6mm de diámetro con 10 folículos pilosos de cuello.	Al momento de la sospecha	Gasa estéril húmeda en contenedor cerrado hermético	Refrigerado	Caja térmica con refrigerante.
Suero (de no vacunado) o LCR	1 muestra de 2 ml	Al momento de la sospecha	Tubo o frasco con tapa rosca herméticamente cerrado sin conservantes	Refrigerado	Caja térmica con refrigerante.
POST-MORTEM Cerebro	Fragmento	Al momento de la autopsia	Doble recipiente de metal o plástico cerrado herméticamente	Conservar congelado	Caja térmica con hielo seco

- **NINGUNA MUESTRA DEBE SER FIJADA CON FORMOL**

Medidas de control:

La profilaxis de Rabia humana se hace con vacuna y suero cuando los individuos son expuestos o están en riesgo de exposición al virus rábico a través de mordedura, lamida de mucosa, arañazo y excepcionalmente por exposición respiratoria a ambientes con aerosoles de virus rábico.

Pre exposición: indicada a personas que por sus actividades se exponen permanentemente al riesgo de infección por el virus rábico, tales como, personal que trabaja en laboratorios de diagnóstico, producción e investigación de virus rábico, personal que actúa en actividades de campo, capturando, vacunando, identificando y clasificando animales susceptibles de portar el virus.

Post exposición: para la indicación de la profilaxis es importante considerar:

- especie de animal involucrado
- naturaleza de exposición
- circunstancias de la exposición
- observación del animal
- las condiciones o antecedentes del animal agresor

La profilaxis se realiza con vacuna antirrábica pudiendo utilizarse Fuenzalida Palacios (F.P.) o en cultivo celular. La indicación del esquema profiláctico se hará de acuerdo a la situación epidemiológica de cada país.

14. RUBÉOLA Y SINDROME RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC)

RUBÉOLA

Caso sospechoso:

Todo individuo con enfermedad aguda febril y erupción morbiliforme habitualmente acompañada por adenomegalias, independientemente de la situación vacunal.

Caso confirmado:

Por laboratorio:

Caso sospechoso confirmado por alguna de las siguientes determinaciones:

- Presencia de IgM específica
- Aumento de título de IgG en muestras pareadas
- Aislamiento viral; o

Por nexos epidemiológicos con caso confirmado por laboratorio.

SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC)

Caso sospechoso:

Todo recién nacido cuya madre fue caso sospechoso o confirmado de Rubéola o contacto de caso confirmado de Rubéola durante la gestación, o todo niño hasta 12 meses de edad que presenta signos clínicos compatibles con infección congénita por el virus de la Rubéola, independiente de la historia materna.

Caso confirmado:

- Por laboratorio:

Todo caso sospechoso confirmado laboratorialmente por prueba serológica o aislamiento viral y que presente signos clínicos específicos del síndrome.

- Por clínica:

Un caso clínicamente confirmado es aquel en el que un médico detecta al menos dos de las complicaciones mencionadas en el punto a) ó al menos una del punto b) y en el cual no se obtuvo muestra biológica para confirmación de laboratorio.

- Cataratas y/o glaucoma congénito, enfermedad cardíaca congénita, pérdida de la audición, retinopatía pigmentaria.
- Púrpura, esplenomegalia, microcefalia, retardo mental, meningoencefalitis, enfermedad radiolúcida de huesos, ictericia en las 24 hs. después del parto.

Diagnóstico de laboratorio:

Tipo de muestra	Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
Sangre (serología)	1 muestra de 5 – 10 ml	Al momento de la captación del caso (si es negativo repetir a la semana) y hasta 28 días.	Tubo sin anticoagulante	Después de la separación del suero, refrigerar hasta 48 horas. Después a – 20° C	En caja térmica con refrigerante
Secreción nasofaríngea (aislamiento)	3 hisopados nasofaríngeos ó 3 – 5 ml de aspirado nasofaríngeo	Hasta el 5º día de inicio de los síntomas	Frasco con medio de cultivo apropiado	Hasta 48 horas refrigerar, después en freezer a - 70°C	Caja térmica con hielo seco

Medidas de control

- Vacunación universal al año y refuerzo al ingreso escolar.

15. SARAMPIÓN

Caso sospechoso:

Toda persona que presenta fiebre y exantema máculo-papular, acompañado por una o más de las siguientes manifestaciones: tos, coriza, conjuntivitis.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por:

- Laboratorio por algunas de las siguientes técnicas:
 - Detección de IgM por ELISA de captura.
 - Cuadruplicación de títulos de IgG en sueros pareados.
 - Aislamiento viral, o
 - PCR
- Nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Diagnóstico de laboratorio:

Tipo de muestra	Nº y volumen de muestra	Momento de recolección	Recipiente	Conservación	Transporte
1. Sangre a) Serología	2 muestras de 5 ml	Después del 5º día del inicio de los síntomas y 15 a 20 días para 2ª muestra.	Tubo o frasco con tapa rosca herméticamente cerrado sin anticoagulante	Refrigerado	Caja térmica con refrigerante
b) Aislamiento Viral	Una muestra de 4 a 10 ml	Antes del 5º día del inicio de los síntomas	Tubo o frasco con tapa rosca herméticamente cerrado sin anticoagulante	Refrigerar y no congelar.	Caja térmica c/ hielo seco o Termo para Nitrógeno líquido
2. Orina	Una muestra de 15 a 100 ml	Antes del 5º día del inicio de los síntomas.	Tubo o frasco estéril	Centrifugar y congelar a - 70º C	Caja térmica c/ hielo seco o Termo para Nitrógeno líquido
3. Secreción nasofaríngea	Aspirado nasofaríngeo	Hasta 3 días después del inicio de los síntomas	Tubo que contiene el medio de transporte viral.	Refrigerar.	Caja térmica con refrigerante.

Medidas de control:

Según normativa de OPS/OMS en cumplimiento del compromiso de los Estados Partes en los Programas de Eliminación/Erradicación.

16. SÍFILIS CONGÉNITA

Caso sospechoso:

- Todo niño/a nacido de madre con sífilis confirmada y/o,
- Todo niño/a con alteraciones de huesos largo y/o deformidades dentarias y/o coriza serosanguinolenta y/o hepatoesplenomegalia y/o lesiones típicas en piel, siempre que se haya descartado abuso sexual y/o actividad sexual.

Caso confirmado:

- a. Todo aborto o mortinato de madre con sífilis, Y/O
- b. Todo recién nacido de madre con serología no-treponémica reactiva para sífilis con cualquier titulación, en la ausencia de test confirmatorio treponémico, realizado en el pre-natal, en el momento del parto que no haya sido tratado o haya recibido tratamiento inadecuado.
- c. Todo recién nacido con las siguientes evidencias serológicas: Titulaciones ascendentes (tests no-treponémico y/o tests no-treponémicos reactivos luego de 6 meses y/o test treponémico mayores que los de la madre.
- d. Todo niño/a mayor de 18 meses de edad, con test no-treponémico reactivo y evidencia clínica, en líquido cefalorraquídeo o radiológico de sífilis congénita; en caso de evidencia solamente serológica, debe descartarse la posibilidad de actividad sexual.
- e. Toda situación de evidencia de *T. pallidum* en placenta o cordón umbilical y/o muestra de lesión, biopsia o necropsia del niño, producto de aborto o mortinato, por medio de exámenes microbiológicos.

Diagnóstico de laboratorio:

- **Microscopia directa:**

La identificación del *T. pallidum* confirma el diagnóstico. La microscopía de campo oscuro es la manera más rápida y eficaz para la observación del treponema, que se presenta móvil.

- **Pruebas serológicas en sangre o líquido cefalorraquídeo (LCR):**

El diagnóstico serológico se basa fundamentalmente en reacciones no-treponémicas o cardiolipínicas y reacciones treponémicas. La prueba de elección de rutina es la reacción de VDRL. Rutinariamente, es utilizada la FTA-abs, que tiene alta sensibilidad y especificidad, siendo el primero en positivar en la infección.

Medidas de Control:

- **Tratamiento para Sífilis congénita en el período neonatal o pos neonatal:** En presencia o no de alteraciones en el líquido cefalorraquídeo, clínicas y/o serológicas y/o radiológicas y/o hematológicas, indicar tratamiento con Penicilina, según consenso de expertos de cada Estado Parte y Asociados.
- Interrumpir la cadena de transmisión a través de procedimientos estandarizados (estudios de contacto, diagnóstico y tratamiento adecuados, etc.)
- Definir protocolos de vigilancia y control en forma conjunta de los programas de atención a la mujer, al niño e ITS y desarrollar los sistemas de vigilancia locales.
- Definir protocolos de vigilancia y control en forma conjunta de los programas para realizar investigación de toda persona con ITS/VIH.
- Promover el uso de preservativos.

17. SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO

Fue incluida como patología de notificación obligatoria por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), utilizándose para notificación entre los Estados Partes del MERCOSUR la definición de caso proporcionada por la OMS como se menciona en el Anexo 2 de dicho Reglamento.

18. TÉTANOS NEONATAL

Caso sospechoso:

- Todo recién nacido que nace bien y succiona normalmente y que entre el 2º y 28º día de vida, presenta dificultades para succionar, llanto constante e irritabilidad; o
- Muerte por causa desconocida en recién nacido entre el 2º y 28º día de vida.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso, asociado a manifestaciones clínicas como: trismus, risa sardónica, opistótonos, crisis de contracturas, rigidez de nuca. No siempre se observan señales inflamatorias en el cordón umbilical. El diagnóstico es eminentemente clínico, no habiendo necesidad de confirmación laboratorial.

Medidas de control:

Vacunación al 100 % de las mujeres en edad fértil, gestantes o no.

19. VIRUELA

Fue incluida como patología de notificación obligatoria por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), utilizándose para la notificación entre los Estados Partes del MERCOSUR la definición de caso proporcionada por la OMS como se menciona en el Anexo 2 de dicho Reglamento.

Diagnóstico laboratorial

Fue incluida como patología de notificación obligatoria por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), utilizándose para la notificación entre los Estados Partes del MERCOSUR la definición de caso proporcionada por la OMS como se menciona en el Anexo 2 de dicho Reglamento.

Existen varios métodos para la confirmación diagnóstica de la Viruela; algunos son específicos en la identificación del virus de la Viruela; otros, para la identificación de *Orthopoxvirus* en general. Pueden ser sometidos a examen, raspado de lesiones de piel (pápulas, vesículas, pústulas y costras) y muestras de sangre colectada por profesional de la salud, vacunado contra la viruela y debidamente protegido con quitamiento de protección individual (chalecos, máscara, anteojos y guantes) y manipulados en ambiente de contención de riesgo biológico.

Las muestras pueden ser examinadas por microscopía electrónica, para la identificación de viriones, y el antígeno viral puede ser identificado por inmunohistoquímica. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el género *Orthopoxvirus* puede detectar el virus variólico antes del inicio de los síntomas.

Las pruebas serológicas (Elisa, IFI), no identificarán la especie del virus y pareamiento de las muestras está indicado para diferenciar una infección reciente de una vacunación pasada. Los métodos serológicos, con detección de IgM específica, están siendo apresurados de forma a aumentar la sensibilidad y especificidad. El aislamiento viral en cultivo celular o en membranas corioalantóicas, son considerados padrón-oro (*gold standard*) en la identificación del virus.

IV. Periodicidad de la notificación

- Inmediata: aquellos casos confirmados con mayor potencial epidémico (cólera, peste, SARS, viruela, gripe humana por nuevos subtipos, polio, sarampión) y todo brote de enfermedad o síndrome o evento de salud pública de importancia internacional.
- Mensual: consolidación de los eventos prioritarios del MERCOSUR

V. Formatos de notificación

- Para los eventos de notificación inmediata (ENI) la información debe contener las siguientes variables:
 1. Evento, Enfermedad o Síndrome;
 2. Agente y variación genética, en caso que se haya identificado;
 3. Lugar (MUNICIPIO) y fecha de inicio del brote;

4. Número de casos y fallecidos;
 5. Caracterización de los afectados (sexo, edad, otros de interés epidemiológico)
 6. Fuente y modo de transmisión o mecanismo de propagación (en casos de agente no biológico);
 7. Factores relacionados o asociados a la ocurrencia del evento y
 8. Medidas de control adoptadas.
- Para el intercambio entre países y para la consolidación cuatrimestral a nivel país la información debe contener las siguientes variables:
 1. Cantidad de casos de la cuatrimestral de cada enfermedad según Estados/Provincias/Departamentos/Regiones y total país.
 2. Cantidad de casos de la cuatrimestral de cada enfermedad de los municipios priorizados

Observación: los países deberán enviar los datos anualmente de población según Estados/Provincias/Departamentos/Regiones y Municipios priorizados.

VI. Modelos de formatos de notificación

MERCOSUR
FORMATO DE REPORTE DE BROTE O EVENTO DE SALUD DE
IMPORTANCIA INTERNACIONAL

PAÍS:

Brote de [EVENTO DE SALUD] en la localidad [LOCALIDAD], provincia/dpto, estado/región de [PROVINCIA/ DPTO/ ESTADO/ REGIÓN], [MES y AÑO o PERÍODO DE TIEMPO].

A fecha [FECHA del REPORTE] se reporta la ocurrencia de [NÚMERO de CASOS] de [EVENTO DE SALUD] con presentación de [SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES], en el/los barrios, unidad(es) y/o dependencia(s) de [BARRIO/UNIDAD/DEPENDENCIA] con una población de [POBLACIÓN] en la localidad de [LOCALIDAD] de [Nº HABITANTES] habitantes. Los casos se han presentado entre la FECHA INICIO, SEMANA EPIDEMIOLÓGICA] y [FECHA FIN u HOY PARA BROTES EN CURSO]. La zona es principalmente [URBANIDAD] y anteriormente ha presentado brotes ocasionales de [BROTES PREVIOS].

La característica más llamativa de los casos es [CARACTERÍSTICA DE PERSONA].

De estos casos, [Nº FALLECIDOS] fallecieron y [Nº HOSPITALIZADOS] requirieron hospitalización, los casos han sido tratados con [TERAPIA], después de lo cual han evolucionado [EVOLUCION].

Se han tomado [Nº MUESTRAS] muestras de [TIPO DE MUESTRAS] las cuales han sido enviadas al [LABORATORIO] para su procesamiento. Se confirmó o se sospecha de [ETIOLOGÍA, CARACTERIZACIÓN GENÉTICA].

La investigación epidemiológica indica que el brote fue causado por [POSIBLE MECANISMO, FUENTE, FACTORES DE EXPOSICIÓN].

Las acciones de control que se han tomado son [ACCIONES]

VII. Análisis de la información

- Según lugar y tiempo:
 - Mapas de áreas con rangos definidos hasta nivel de provincia/estado/departamento/región.
 - Mapas de punto con los casos de todos los eventos prioritarios para MERCOSUR ocurridos en los estados fronterizos y municipios priorizados.
- Análisis de Tendencias.
 - Un gráfico de línea (tasas según año –desde 1999-) para cada enfermedad que contenga todos los países y la región del MERCOSUR.

- Un gráfico de línea para el año actual (tasa según cuatrisesmanas) para cada enfermedad que contenga todos los países y la región.
 - Tabla Comparación de tasas con años anteriores por patología y país según frecuencia de la enfermedad para observar cambios estadísticamente significativos.
- Análisis de los ENI:
 - Mapa por semana epidemiológica para ubicación de los eventos de notificación inmediata o de salud pública de importancia internacional con breve descripción epidemiológica.

VIII. Actualización de la información

- Mensual e
- Inmediata para los ENI.

IX. Divulgación de la información

a) A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE ACCESO LIBRE:

1. Boletín mensual: Situación de los eventos prioritarios para MERCOSUR.
2. Boletín anual sobre la situación de los eventos prioritarios para MERCOSUR
3. Informes técnicos sobre los ENI o de salud pública de importancia internacional.
4. Informes técnicos sobre eventos relevantes para la región del MERCOSUR.
5. Presentaciones con mapas, tablas, gráficos.

b) A TRAVÉS DE CORREOS ELECTRÓNICOS A LOS COORDINADORES DE LA COMISIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD DE CADA PAÍS

1. Boletín mensual: Situación de los eventos prioritarios para MERCOSUR.
2. Informes técnicos sobre los ENI o de salud pública de importancia internacional.
3. Informes técnicos sobre eventos relevantes para la región del MERCOSUR.

X. Gerenciamiento de la información

- Será definido cada dos años el país responsable del gerenciamiento de la información.