



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 08 de Noviembre de 2019

VISTO: El Expediente N° 25693-2019, con el Informe N° 3972019-OESA-HCH, de la jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, el Informe Técnico N° 092-2019-HCH, remitido por la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Informe N° 1162-2019-OAJ/HCH, de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo I y II de la Ley N° 26842, "Ley General de Salud" establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; siendo su protección de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, a través de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, se establece en su artículo 17°, que la Oficina General de Epidemiología es el órgano a cargo del diseño, asesoramiento y evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del Proceso de Prevención y Control de Epidemias y Desastres en el Sector Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 184-2009-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE/V.01, Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias;

Que, con Resolución Ministerial N° 506-2012-MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria 046- MINSAIDGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 948-2012-MINSA, se sustituye los anexos 1,2 y 3 de la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE/V.01;

Que, las Directivas son el conjunto de normas o lineamientos técnicos formulados de acuerdo a las necesidades de gestión, asimismo, están orientados a establecer aspectos técnicos legales en materias específicas y así también, orientar regular y definir los procedimientos que deben de seguirse para la realización de actos administrativos y de administración interna;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual resulta de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud; a través de la cual, en



el numeral 6.1.2., se señala que debe entenderse la Directiva como el Documento Normativo con el que se establecen aspectos técnicos y operativos en materia específicas y cuya emisión puede obedecer a los dispuesto en una norma legal de carácter general o de una NTS;

Que, mediante Informe N° 397-2019-OESA-HCH, la jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, solicita la revisión y aprobación de la "Directiva Sanitaria del Procedimiento de Vigilancia de Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica V.01";

Que, la "Directiva Sanitaria del Procedimiento de Vigilancia de Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica V.01", tiene por finalidad contribuir en la prevención y control de las enfermedades y eventos de importancia para la salud pública en los servicios del Hospital Cayetano Heredia.

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia dispone que la Dirección General esta cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directoral en los asuntos de su competencia;

Que, estando a lo propuesto por la jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 1162-2019-OAJ/HCH;

Con visación de la jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la jefa de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - **APROBAR** la "Directiva Sanitaria del Procedimiento de Vigilancia de Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica V.01", la misma que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°. - **ENCARGAR** la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento de la presente Directiva.

Artículo 3°. - **DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

() ACPR/BIC/Chg.
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() OGC
() OAJ
() OC

 MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DIRECTIVA SANITARIA DEL

PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA DE

ENFERMEDADES SUJETAS A

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA V.01

2019





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

INDICE

- I. Finalidad
- II. Objetivos
- III. Ámbito de Aplicación
- IV. Base Legal
- V. Disposiciones Generales
 - 5.1 Definición Operativa
 - 5.2 Definición de Vigilancia
 - 5.3 Tipos de Vigilancia
 - 5.4 Marco Conceptual
 - 5.5 Marco Referencial
- VI. Disposiciones Específicas
 - 6.1 Proceso de Notificación
 - 6.2 Laboratorio y la Vigilancia
 - 6.3 Proceso de Comunicación
 - 6.4 De la Investigación de Caso
 - 6.5 Análisis y Difusión de Datos
- VII. Responsabilidades
- VIII. Disposiciones Finales
- IX. Enfermedades y Eventos Sujetos A Vigilancia Epidemiológica en la Salud Pública.
 - 10.1 Inmunoprevenibles
 - 10.1.1 Tos Ferina
 - 10.1.2 Parálisis Aguda Flácida
 - 10.1.3 Fiebre Amarilla
 - 10.1.4 Varicela
 - 10.1.5 Sarampión, Rubéola y Otras Enfermedades Febriles Eruptivas.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

10.1.6 Hepatitis A

10.1.7 Hepatitis B

10.1.8 Parotiditis

10.1.9 Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o
Inmunizaciones (ESAVI)

10.2 Metaxenicas

10.2.1 Leptospirosis

10.2.2 Bartonelosis (Enfermedad de Carrión)

10.2.3 Tifus Exantemático

10.2.4 Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú

10.2.5 Malaria

10.2.6 Leishmaniasis

10.2.7 Enfermedad de Chagas

10.3 Zoonóticas

10.3.1 Brucelosis Humana

10.3.2 Rabia Humana Silvestre

10.3.3 Ofidismo

10.3.4 Loxocelismo

10.4 OTRAS

10.4.1 Intoxicación Alimentaria

10.4.2 Sífilis Congénita

10.4.3 Síndrome de Rubeola Congénita

10.4.4 Mortalidad Materna y Mortalidad Perinatal

10.4.5 Síndrome Guillain Barre

10.4.6 Muerte Perinatal y Neonatal

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS





DIRECTIVA SANITARIA DEL PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA, DE ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2019

INTRODUCCION

El Hospital Cayetano Heredia integra el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública con el propósito de prevenir, y controlar los daños.

La vigilancia epidemiológica es la piedra angular del control de las enfermedades, por ende se espera que los sistemas de vigilancia funcionen con eficiencia, con personal capacitado y proporcionen información para responder oportunamente de manera eficaz. Se han propuesto dos componentes del sistema de vigilancia: la vigilancia de indicadores (datos estructurados generados por los sistemas de vigilancia) y la vigilancia de eventos, que comprende datos no estructurados provenientes de cualquier otra fuente. Ambos, son necesarios para monitorear y evaluar los riesgos potenciales para la salud pública y generar la alerta correspondiente ⁽¹⁾.

La vigilancia se realiza como proceso sistemático, continuo, que asegura la oportunidad, calidad y comparabilidad de la información de cualquier parte del país, al seguir definiciones de caso y procedimientos uniformes, teniendo en cuenta las diferencias entre los eventos a vigilar.

Existen enfermedades o eventos que deben notificar de manera inmediata (antes de las 24 horas de su detección), otras deben notificar de forma semanal y otras de forma mensual y cuando ocurren brotes la notificación es diaria. Asimismo, existen enfermedades que deben vigilarse en todos los establecimientos y otras sólo en establecimientos centinela como el hospital en Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

Con el fin de mantener la uniformidad, los procedimientos de la vigilancia deben ser estandarizados y regulados. La regulación de la vigilancia es esencial para orientar al personal asistencial que atiende y detecta casos de enfermedades sujetas a vigilancia, el personal de epidemiología debe notificar e investigar, y para el personal de laboratorio que remite las muestras o realiza los análisis de laboratorio. Asimismo, facilita las acciones de supervisión y asistencia técnica, cuando se contrasta la realidad observada en los servicios del hospital, con lo que está regulado en la norma nacional, lo cual permite identificar las fallas para proponer las soluciones y la mejora del sistema.





I.-FINALIDAD

Contribuir en la prevención, control, de las enfermedades y eventos de importancia para la salud pública en los servicios del Hospital Cayetano Heredia.

II.-OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública en los servicios del Hospital Cayetano Heredia.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Notificar las enfermedades a niveles que corresponda de eventos sujetos a vigilancia epidemiológica según normas y directivas del Nivel Nacional.
- Hacer uso de la estandarización de los instrumentos de notificación individual y consolidada para todos los servicios del hospital según normas y directivas nacionales.
- Realizar la investigación de los casos a notificarse a los niveles que corresponde.
- Cumplir con lo establecido en los procedimientos para la notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en servicios de emergencia, consultorios externos y hospitalización.
- Informar en el NOTI SP, y NOTI WEB según normativas y directivas.
- Implementar medidas de prevención y control en forma oportuna, según mecanismos de transmisión.

III.-ÁMBITO DE APLICACIÓN

La norma y procedimiento de la Vigilancia de Enfermedades transmisibles, tiene su aplicación en los diferentes servicios del Hospital Cayetano Heredia llámese emergencia, consultorios externos, y hospitalización.

La demanda de usuarios del Hospital Cayetano Heredia, provienen principalmente del Cono Norte de Lima y del distrito del Rímac con aproximadamente 2,787.507 hab. (Según estimación del INEI 2017) esto representa el 51% de mujeres y 49% de varones, con un área geográfica de 872.21 Km².

IV.-BASE LEGAL.

- * Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- * Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- * Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- * Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.





- * Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización Ministerio de Salud.
- * Resolución Ministerial N° 279-2009IMINSA, que aprueban NTS W 078-2009 MINSNDGE-V.01
- * "Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal".
- * Resolución Ministerial N° 634-2010IMINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria W 036 MINSNDGE-V.01 "Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna"
- * Resolución Ministerial N° 658 – 2010 MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 037 MINSA DGE-V, Q1 "Directiva Sanitaria para la Notificación de Casos en la Vigilancia Epidemiológica del Dengue".
- * Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- * Reglamento Sanitario Internacional, 2005.
- * Directiva Sanitaria N° 049 – MINSA/DGE- V.01 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de sarampión, Rubeola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas".

V.-DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICION OPERATIVA

Agente: Es un factor que puede ser un microorganismo, sustancia química, o forma de radiación cuya presencia puede causar la ocurrencia de la enfermedad.

Colonización: presencia de microorganismos (en la piel, en mucosas, en heridas abiertas, en excreciones o secreciones) que no causan signos ni síntomas clínicos adversos.

Contacto: persona que se relaciona con la enfermedad infecciosa o que se encuentra en un medio ambiente contaminado y que tiene probabilidad de adquirir el agente etiológico.

Defunción: es la desaparición total y permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento, sin posibilidad de resurrección.

Eliminación: es la reducción a cero de la incidencia de una enfermedad.

Evento: conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud (enfermedad, factores protectores, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes).





Endemia: es la presencia continua de una enfermedad o un agente infeccioso en un área geográfica determinada.

Fuente de infección: es la persona, animal, objeto o sustancia desde donde el agente infeccioso pasa a un huésped.

Historia natural de la enfermedad: se refiere a la evolución de una enfermedad en un individuo a través del tiempo, en ausencia de intervención.

Huésped: es una persona o animal vivo, incluyendo las aves y los artrópodos, que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso

Infección: es la entrada y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de una persona o animal.

Infectividad: es la capacidad del agente infeccioso de poder alojarse y multiplicarse dentro de un huésped.

Patogenicidad: es la capacidad de un agente infeccioso de producir enfermedad en personas infectadas.

Período de incubación: es el intervalo de tiempo que se da entre la exposición a un agente infeccioso y la aparición del primer signo o síntoma de la enfermedad.

Período de transmisibilidad: es el intervalo de tiempo durante el cual el agente infeccioso puede ser transferido de una persona infectada a otra persona, de un animal infectado al ser humano o de un ser humano infectado a un animal, inclusive artrópodos.

Portador: es un individuo (o animal) infectado, que alberga un agente infeccioso específico de una enfermedad, sin presentar síntomas o signos clínicos de esta y constituye fuente potencial de infección para el ser humano.

Resistencia: conjunto de mecanismos corporales que sirven de defensa contra la invasión o multiplicación de agentes infecciosos, o contra los efectos nocivos de sus productos tóxicos.

Susceptible: es cualquier persona o animal que no posee suficiente resistencia contra un agente patógeno determinado que le proteja contra la enfermedad.

Vector: un insecto o cualquier portador vivo que transporta un agente infeccioso desde un individuo o sus desechos, hasta un individuo susceptible, su comida o su ambiente inmediato. El agente puede o no desarrollarse, propagarse o multiplicarse dentro del vector.

Virulencia: es la capacidad del agente infeccioso de producir casos graves y fatales.



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

5.2 DEFINICION DE VIGILANCIA

Vigilancia Epidemiológica: "Conjunto de actividades y procedimientos sobre enfermedades, muertes y síndromes sujetos a vigilancia, así como sus determinantes, que generan información sobre el comportamiento y la tendencia de los mismos, para la implementación de intervención en forma oportuna, a fin de lograr el control inmediato de dichos eventos"

Vigilancia en Salud Pública: es la recolección, análisis, interpretación y diseminación continua y sistemática de datos sobre la salud.

Es un proceso interactivo y dinámico, ya que la entrada sucesiva de nueva información puede desencadenar nuevas actividades.

5.3 TIPOS DE VIGILANCIA

Vigilancia Activa. - Se llevará a cabo al informarse de la presencia de casos por rumor, identificación de brote, incremento o ausencia en el comportamiento esperado de la diarrea y/o al notificarse defunción. La búsqueda de casos y toma de muestras para laboratorio, será responsabilidad del personal de salud local o comunitaria con la participación del nivel inmediato superior si es requerido.

Vigilancia pasiva Se refiere a los casos que asisten a los servicios de salud, y cumplen la definición de caso. Este tipo de vigilancia es realizado por manejo sincrónico debido a que no todos los servicios de salud tienen capacidad de laboratorio para el diagnóstico etiológico. Ej. Las diarreas.

Vigilancia centinela: Las áreas de salud en coordinación con el Centro Nacional de Epidemiología, determinarán anualmente la selección de unidades centinela para la vigilancia, con la finalidad de identificar los agentes etiológicos y caracterizar el evento en sus variables epidemiológicas, con base en el protocolo de vigilancia centinela establecido.

La definición de caso es un conjunto de criterios diagnósticos que deben ser completados con la finalidad de identificar a una persona como caso de un evento particular.

Caso: individuo de una población en particular que en un tiempo definido cursa con una enfermedad o evento que esté bajo vigilancia o investigación.

Caso sospechoso: persona cuya historia clínica, síntomas y posible exposición a una fuente de infección, sugieren que pueda tener o va a desarrollar una enfermedad.





Caso probable: caso sospechoso que además tiene relación epidemiológica, sin evidencia definitiva de laboratorio.

Caso confirmado: persona de la cual fue aislado e identificado el agente etiológico o de la que fueran obtenidas otras evidencias clínicas, epidemiológicas y/o laboratoriales que siguen los criterios y definiciones para cada enfermedad específica.

Pueden confirmarse por prueba de laboratorio, por nexo epidemiológico, por criterios clínicos con alto valor predictivo positivo ⁽²⁾

Caso descartado: caso sospechoso o probable, en el que los estudios complementarios determinan que no es causado por la enfermedad que inició el estudio, o aquel en el que hay signos y síntomas propios de otro padecimiento, así como evidencia epidemiológica.

Caso índice: primer caso que se presenta de un número de casos similares, epidemiológicamente relacionados.

Caso primario: es el primer caso que se identifica dentro de un brote.

Caso importado: cuando se ha identificado en la encuesta del caso un antecedente de viaje a un país o localidad epidémico/a o endémico/a, que coincide con el período de infección del evento.

Caso autóctono: será aquél en que no se ha podido determinar circunstancias de viaje o exposición conocida, siempre en el margen del período de incubación.

Causa básica de muerte: es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias de accidentes o violencia que produjo la lesión fatal.

Notificación Inmediata: El flujo de información, se inicia desde el nivel local ante la presencia de casos de los diferentes servicios del hospital para ser investigados.

Esta información se enviara desde el nivel local (hospital) debiendo quedar archivada en el nivel local diariamente se alimentara una base de datos con los reportes recibidos, la cual se enviara electronicamente al nivel intermedio y central.

Se analizara la información para luego elaborar el boletín, sala situacional y ser socializada a los diferentes servicios.

Notificación semanal, mensual o anual: Desde el nivel local, el responsable del servicio notificara al nivel Intermedio y a la DGE/CDC, se consolidara información de acuerdo a normas, directivas, alertas y otras que se requirerem para el ingreso al NOTI SP, NOTI WEB.





El Nivel local, consolidara, analizara información recolectada, quien se encargara de dar el reporte semanal, mensual a nivel intermedio, MINSA otros usuarios, quienes pueden ser directores, jefes de servicio, departamentos y otros.

Se emitiran boletines epidemiologicos local que es socializado con las diferentes unidades de los servicios de hospitalización.

5.4 MARCO CONCEPTUAL

La vigilancia es un proceso sistemático, ordenado y planificado de observación, medición, y registro de ciertas variables definidas, para luego describir, analizar, evaluar e interpretar tales observaciones y mediciones con **propósitos definidos**.

La vigilancia epidemiológica es un proceso lógico y práctico de observación sistemático continuo, activo y prolongada, de evaluación permanente, de la tendencia y distribución de casos, defunciones y de la situación de salud de la población.

Permite utilizar la información para tomar decisiones de intervención mediante el seguimiento de aquellos eventos o factores determinantes o condicionantes que puedan modificar el riesgo de ocurrencia, a fin de iniciar y completar oportunamente las medidas de control necesarias¹. **Información para la acción.**

5.5 MARCO REFERENCIAL

En la actualidad, la vigilancia comprende numerosas enfermedades o eventos de salud pública, entre enfermedades infecciosas, enfermedades relacionadas a riesgos ambientales. La vigilancia epidemiológica se realiza como proceso sistemático y continuo, que asegure la oportunidad, calidad y comparabilidad de la información de cualquier parte del país, al seguir definiciones de caso y procedimientos uniformes, teniendo en cuenta las diferencias entre los eventos a vigilar.

En los últimos años, los cambios en el entorno epidemiológico nacional y externo, así como la demanda de información epidemiológica motivaron la necesidad de incorporar más enfermedades y eventos de salud pública a la vigilancia epidemiológica. Algunas de las **razones** que originaron esta necesidad fueron: la emergencia e importación de nuevas enfermedades infecciosas en las Américas o en nuestro país, como la fiebre por Chikungunya y la enfermedad por virus Zika; la demostración de una alta carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades como cáncer y diabetes, el riesgo de exposición a intoxicaciones en el ambiente.



Existen enfermedades o eventos que deben notificar de manera inmediata (antes de las 24 horas de su detección), otras deben notificar de forma semanal y otras de forma mensual. Asimismo, existen enfermedades que deben vigilarse en los establecimientos y otras sólo en **establecimientos centinela**.

El 12 de febrero del 2016 se publicó el reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud creándose el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de las Enfermedades, como órgano desconcentrado del Viceministerio de Salud Pública del Ministerio de Salud del Perú.

Esta nueva entidad se forma a partir de la Dirección General de Epidemiología, que, deja de existir después de casi tres décadas de cumplir una fructífera labor al servicio de la salud pública del país, en la vigilancia y control de epidemias. Ahora se continuarán las actividades que realizaba antes la DGE, agregándose a otras para cumplir con las funciones asignadas al nuevo órgano desconcentrado. ⁽³⁾

La vigilancia epidemiológica y respuesta a brotes epidémicos se asumirá o se potenciarán, entre otras, las siguientes actividades:

- Desarrollar y conducir el sistema nacional de vigilancia en Salud Pública en el ámbito nacional.

- Informar sobre la situación de salud del país, las condiciones de vida de las poblaciones, las tendencias de las enfermedades y la respuesta para su prevención y control.

- **Coordinar las acciones de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública y de Control de brotes epidémicos y otras emergencias sanitarias**, con las diferentes entidades que forman parte del sector salud en el país.

- Gestionar los laboratorios de salud pública** para desarrollar soporte técnico analítico relacionado a las actividades de identificación, **vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles**.

El Sistema Nacional de Vigilancia en el Perú, está conducido por Centro Nacional de Epidemiología de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) antes Dirección General de Epidemiología y tiene como estructura a la Red Nacional de Epidemiología que está conformada por **7370** Unidades Notificantes reconocidas por Resolución Directoral en cada Dirección Regional de Salud; la cobertura del sistema de vigilancia se mantiene por encima del 90%, garantizando una detección y respuesta oportuna y adecuada ante brotes u otras emergencias sanitarias.

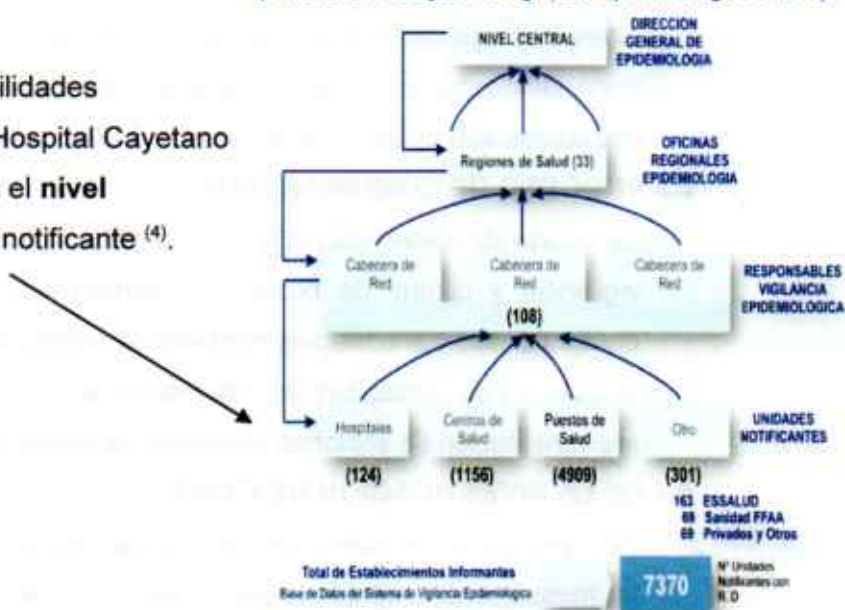


El Ministerio de Salud del Perú, mediante el Centro Nacional de Epidemiología de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) y la Red Nacional de Epidemiología, garantiza la disponibilidad de información oportuna, para la prevención y control de enfermedades o daños de importancia para la salud pública nacional e internacional.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

(Enfermedades sujetas a vigilancia Epidemiológica- CIE 10)

Dentro de las responsabilidades del sistema Nacional el Hospital Cayetano Heredia se encuentra en el **nivel local** siendo una unidad notificante ⁽⁴⁾.



VI.-DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 PROCESO DE NOTIFICACION

La notificación de casos se realiza por cada unidad notificante de los casos que se vienen presentando en la semana epidemiológica y que van ser atendidos en el hospital, a la sospecha de epidemias, u otros eventos de importancia para la salud pública.

Instrumentos de la notificación: La notificación de casos es reportado por el responsable de la vigilancia epidemiológica siendo el reporte en fichas epidemiológicas elaborados por el Centro Nacional de epidemiología y descrito en los protocolos de cada evento.

La notificación de eventos de carácter obligatorio, es de periodocidad inmediata, semanal, mensual o anual se consolidan en los instrumentos de recolección de información elaborada por el sistema de información en el NOTI SP, NOTI WEB, y en cumplimiento de la norma vigente en MINSA.





Flujo de Notificación

Se realizara de acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
(Ver anexos)

6.2 LABORATORIO Y LA VIGILANCIA

El laboratorio juega un rol importante en todos los procesos relacionados en la vigilancia epidemiológica fortalece y permite establecer la etiología de los diferentes agentes que afectan al hombre o al ambiente.

Para la identificación de los agentes las muestras son enviadas al INS los resultados son emitidos dentro de los 5 días para confirmar o descartar el caso.

6.3 PROCESO DE COMUNICACIÓN

La oficina de epidemiología y salud ambiental (OESA), a través de la unidad de vigilancia y control de brotes; comunicara la presentación de casos de enfermedades transmisibles mediante la notificación e informes según análisis y evaluación de necesidad de información a los niveles correspondientes para la implementación de acciones integrales de prevención y control respectivo.

6.4 DE LA INVESTIGACION DE CASO

La investigación epidemiológica es la aplicación de los principios y métodos de la investigación epidemiológica para el estudio de problemas de salud inesperados, para los cuales se demanda una respuesta inmediata y una intervención oportuna, realizando el estudio en el terreno donde ocurre el problema; y la intervención implica que esta investigación tiene duración y extensión limitadas en el tiempo.

La investigación que se realice es un procedimiento ágil, riguroso, eficaz y técnicamente sencillo, está diseñada para ofrecer las respuestas urgentes que requieren los que toman las decisiones, especialmente los jefes de los servicios, jefes de departamentos, directivos.

La investigación que se realiza responde de manera rápida y técnicamente apropiada, desde el punto de vista operativo. Desarrolla los procedimientos básicos de generación de datos, información y conocimiento orientados a la detección, caracterización, confirmación y control oportunos para situaciones de alerta epidemiológica en los servicios del hospital, por su carácter emergente, severidad y potencial de diseminación, muchos de estos problemas, en determinadas circunstancias, demandan información complementaria y, por tanto, métodos de investigación rápidos, específicos y apropiados. La identificación de los factores de riesgo, individuales y colectivos, que participan en la ocurrencia de enfermedad es la base para el desarrollo de intervenciones



dirigidas a la promoción de la salud y la prevención y control de la enfermedad. En situaciones de alerta epidemiológica, las medidas de control deben ser implementadas en forma rápida, eficiente y deben dirigirse a suprimir o eliminar las fuentes de infección o exposición, interrumpir la transmisión en la población y reducir la susceptibilidad.

Los resultados de la investigación van ejercer una respuesta rápida por la implementación de medidas de prevención y control de alcance a los afectados.

(5)

La DEFINICION DE CASO

Esta dado por normas nacionales de las enfermedades causadas por un agente específico o sus productos tóxicos, que se produce por su transmisión desde una fuente o reservorio a un huésped susceptible.

Los consolidados EDA, IRA serán reportados en el informe semanal.

Nivel local: Genera el dato, la información es recolectada, clasificada y notificada al nivel intermedio y superior.

Realiza el primer nivel de análisis en tiempo, lugar y persona.

Coordina con diversas unidades notificantes que transfieren a pacientes por ser un Hospital de referencia nacional. Coordina con el **Nivel Regional** para brindar asistencia técnica, supervisión la aplicación de las normas, directivas y alertas que se emiten.

Nivel Central: Coordina las acciones de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública y otras emergencias sanitarias, con las diferentes unidades notificantes en el país.

Ingreso de la información:

El ingreso de las fichas epidemiológicas se realizará en las bases de datos para cada evento elaboradas en el programa NOTI SP, el sistema tendrá una aplicación vía WEB, con el objetivo de agilizar el envío de la información al nivel inmediato superior.

6.5 ANALISIS Y DIFUSION DE DATOS

La socialización de la información se realizará a todos los servicios del hospital con la finalidad de dar a conocer el:

Análisis de la información: Se realizarán análisis de la situación local, de distribución en tiempo, lugar, persona y los indicadores de vigilancia definidos a nivel nacional en las normas vigentes.



Difundir la información:

La difusión tiene como fin relevante, la retroalimentación del sistema. Puede ser periódica y eventual ante circunstancias especiales. Los medios de difusión deberán ser adaptados por nivel utilizando tecnologías disponibles (asambleas comunitarias, consejos de desarrollo departamental, municipal y local, circuitos cerrados de mercado, correo electrónico, página Web, fax, publicaciones, etc.)

VII.-RESPONSABILIDADES**NIVEL LOCAL**

El hospital como unidad notificante debe cumplir con las disposiciones emitidas Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública" (aprobada por Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA), siendo responsables de la aplicación el director, jefes de los servicios del hospital, coordinadores, residentes, externos y todo aquello que esté involucrado con las normas de la institución.

NIVEL INTERMEDIO

La DIRIS Norte debe brindar asistencia técnica; de la implementación y de la supervisión de su aplicación de las directivas vigentes.

VIII.-DISPOSICIONES FINALES**AREA JURISDICCIONAL**

El Cono Norte – Lima metropolitana, cuenta con el área geográfica de 872.21 Km², con una población de 2,787.507 hab. (Según estimación del INEI 2017) esto representa el 51% de mujeres y 49% de varones, con un Área de 9 Distritos, con una densidad de 4802.3 hab. /Km. Encontrándose en ella el Hospital Cayetano para dar atención a la población. (4) Las enfermedades que se notifican en el HCH son enfermedades transmisibles, como se puede observar en el anexo N° 1 de las enfermedades sujetas a vigilancia ⁽⁶⁾.

IX.-EVALUACIÓN DE INDICADORES DE MONITOREO DE LA NOTIFICACIÓN SEMANAL.

La información emitida semanalmente es evaluada por el nivel central y monitoreada de acuerdo a indicadores como son oportunidad, cobertura, calidad de la data, seguimiento, regularización, obteniendo un puntaje total cada semana





por cada unidad notificante con la finalidad de contribuir a mejorar la información oportuna y de calidad.

Los indicadores están dados en cada guía, protocolo de enfermedades sujetas a vigilancia a intervenciones y al impacto que produce la promoción, prevención y protección que se esté implementando.





DIRECTIVA SANITARIA N° 046-MINSA/DGE V.01

DIRECTIVA SANITARIA DE NOTIFICACION DE ENFERMEDADES Y EVENTOS SUJETOS A

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LA SALUD PÚBLICA

Anexo 1

LISTADO DE ENFERMEDADES Y EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL PERÚ POR TIPO Y PERIODICIDAD DE NOTIFICACIÓN

N°	Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica	CIE 10	Tipo de notificación	Periodicidad de notificación
Según el Reglamento Sanitario Internacional				
1	Viruela	B03	Individual	Inmediata
2	Poliomielitis por poliovirus salvaje	A80.1 / A80.2	Individual	Inmediata
3	Gripe Humana causada por un nuevo Sub. Tipo de virus		Individual	Inmediata
4	Síndrome respiratorio agudo severo	U04.9	Individual	Inmediata
Inmunoprevenibles				
5	Poliomielitis aguda (Parálisis flácida aguda)	A80.3	Individual	Inmediata
6	Tos ferina	A37	Individual	Inmediata
7	Difteria	A36	Individual	Inmediata
8	Tétanos neonatal	A33	Individual	Inmediata
9	Sarampión	B05	Individual	Inmediata
10	Rubéola	B06	Individual	Inmediata
11	Fiebre amarilla selvática	A95.0	Individual	Inmediata
12	Tétanos	A35	Individual	Semanal
13	Hepatitis B	B16	Individual	Semanal
Zoonosis				
14	Rabia humana urbana	A82.1	Individual	Inmediata
15	Rabia humana silvestre	A82.0	Individual	Inmediata
16	Carbunco (Ántrax)	A22	Individual	Inmediata
17	Peste Bubónica	A20.0	Individual	Inmediata
18	Peste Neumónica	A20.7	Individual	Inmediata
19	Peste Septicémica	A20.0	Individual	Inmediata
20	Peste Cutánea	A20.1	Individual	Inmediata
21	Otras Formas de Peste	A20.8	Individual	Inmediata
22	Meningitis por Peste	A20.3	Individual	Inmediata
23	Leptospirosis	A27	Individual	Semanal
Transmitidas por vectores				
24	Dengue Grave	A97.2	Individual	Inmediata
25	Tifus exantemático	A75.0	Individual	Inmediata
26	Dengue sin señales de alarma	A97.1	Individual	Semanal
27	Dengue con señales de alarma	A97.0	Individual	Semanal
28	Malaria por <i>P. vivax</i>	B51	Individual	Semanal
29	Malaria por <i>P. falciparum</i>	B50	Individual	Semanal
30	Malaria por <i>P. malariae</i>	B52	Individual	Semanal
31	Enfermedad de Carrion aguda.	A44.0	Individual	Semanal
32	Enfermedad de Carrion eruptiva	A44.1	Individual	Semanal
33	Leishmaniasis cutánea	B55.1	Individual	Semanal





34	Leishmaniosis mucocutánea	B55.2	Individual	Semanal
35	Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis)	B57	Individual	Semanal
Otros				
36	Meningitis meningocócica.	A39.0	Individual	Inmediata
37	Muerte Materna	O95	Individual	Inmediata
38	Gestante Vacunada Inadvertidamente (GVI)		Individual	Inmediata
39	Eventos severos supuestamente atribuidos a la Vacunación y/o Inmunización (ESAVI)	T88.1	Individual	Inmediata
40	Cólera	A00	Individual	Inmediata
41	Brote epidémico			Inmediata
42	Influenza A H1N1	J10	Individual	Semanal
43	Muerte Fetal /Muerte Neonatal	P00 - P96 Q00 - Q99	Individual	Semanal
44	Infección por VIH	B24	Individual	Mensual
45	SIDA	B20	Individual	Mensual
46	Lesiones por Accidentes de Tránsito		Individual	Mensual
47	Infecciones Intrahospitalarias		Consolidada	Mensual
48	Cáncer		Individual	Mensual
49	Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonías y SOB/ASMA		Consolidada	Semanal
50	Enfermedades diarreicas agudas		Consolidada	Semanal
Tuberculosis				
51	Tuberculosis pulmonar con confirmación bacteriológica.	A15	Individual	Semanal
52	Tuberculosis pulmonar sin confirmación bacteriológica	A16	Individual	Semanal
53	Tuberculosis extrapulmonar.	A18	Individual	Semanal
54	Meningitis tuberculosa en menores de 5 años	A17	Individual	Semanal
55	Tuberculosis abandono recuperado	U32.4	Individual	Semanal
56	Tuberculosis recaída	U32.6	Individual	Semanal
57	Tuberculosis Multidrogo resistente (TB MDR)	U20.2	Individual	Semanal
58	Tuberculosis monorresistente	U20.3	Individual	Semanal
59	Tuberculosis poliresistente	U20.4	Individual	Semanal
60	Tuberculosis Extensamente Resistente (TB XDR)	U20.5	Individual	Inmediata
Infecciones congénitas				
61	Síndrome de rubéola congénita	P35.0	Individual	Semanal
62	Sífilis congénita	A50	Individual	Semanal
Animales ponzoñosos				
63	Ofidismo	X20	Individual	Semanal
64	Loxocelismo	X21	Individual	Semanal

De acuerdo a la prevalencia de las enfermedades transmisibles en el Hospital Cayetano Heredia las enfermedades que se notifican son:





X.-ENFERMEDADES Y EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LA SALUD PÚBLICA

10.1 INMUNOPREVENIBLES

10.1.1 TOS FERINA

DEFINICIONES OPERATIVAS

Todo caso probable, debe ser **notificado de manera inmediata (dentro de las 24 horas)** e investigado dentro de las 48 horas siguientes:

Caso probable:

En niños **menores de 3 meses**: niño con cuadro clínico inespecífico de infección de vía respiratoria alta, llegando hasta el apnea y cianosis, desencadenados por estímulos (por ejemplo, alimentación) con antecedente de contacto con caso probable de tos ferina. "Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de Nuestra Diversidad"

En **mayores de 3 meses**: Toda persona mayor de tres meses con tos que dura al menos 2 semanas y con uno o más de los siguientes síntomas: · Paroxismos de tos (es decir, ataques repetitivos). "Estertor" al inspirar. Vómitos postusivos (es decir, vómitos inmediatamente después de la tos).

Caso confirmado de Pertussis:

Por laboratorio: Caso probable con resultado de inmunofluorescencia directa (IFD) positivo, reacción de cadena de polímero (PCR) positivo y/o aislamiento de Bordetella pertussis.

Por nexa epidemiológico: Caso probable que tuvo contacto durante el periodo de transmisibilidad con un caso confirmado por laboratorio.

Contacto: Cualquier persona expuesta a un caso probable de pertussis entre una semana antes y tres semanas después del inicio de la tos paroxística.

10.1.2 PARALISIS AGUDA FLACIDA

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso de Parálisis flácida aguda (PFA): Está caracterizada por pérdida o disminución de la fuerza muscular (parálisis o paresia), disminución o ausencia de tono muscular (hipotonía) y disminución o ausencia de reflejos (hipo o arreflexia), con una instalación aguda de curso progresivo o rápidamente progresivo sin asociación a trauma previo.



Caso de Poliomielitis: Enfermedad infecciosa viral producida principalmente por cualquiera de los tres serotipos de poliovirus: salvaje, vacunal o derivado de vacuna y que puede presentar compromiso espinal o compromiso bulbar. Las infecciones subclínicas son comunes, sin embargo, el cuadro clínico más importante que produce es la poliomielitis paralítica que se presenta en 0.5 a 1% de los infectados. La manifestación clínica típica de la poliomielitis paralítica es la parálisis flácida aguda (PFA). El periodo de incubación tiene un rango que va de 4 a 40 días; y el periodo de transmisibilidad mayor es de una semana antes y dos semanas después del inicio de la parálisis; sin embargo, el poliovirus puede estar presente en las heces hasta 3 a 6 semanas después de la infección.

Caso de Poliovirus salvaje: Los poliovirus son enterovirus, miembros de la familia *Picornaviridae*, virus de ARN cortos, que han sido clasificados en tres serotipos, denominados poliovirus 1 (PV1), poliovirus 2 (PV2) y poliovirus 3 (PV3) y se transmiten a través de la vía fecal – oral.

Caso de poliovirus derivado de vacuna (PVDV): Son formas de poliovirus que han mutado genéticamente de la cepa contenida en la vacuna oral contra la poliomielitis, que han readquirido la neurovirulencia y transmisibilidad. Son divididos en los siguientes tipos:

10.1.3 FIEBRE AMARILLA

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso probable de Fiebre Amarilla: Toda persona de cualquier edad procedente de zona endémica de fiebre amarilla, que presenta fiebre de inicio agudo seguido por ictericia y/o uno de los siguientes criterios:

- ✓ Sangrado de mucosa nasal y de encías o sangrado digestivo alto (hematemesis o melena);
- ✓ Muerte 3 semanas después de haberse instalado la enfermedad.

Caso confirmado de Fiebre Amarilla: Por laboratorio:

Todo caso probable cuyo resultado de laboratorio es positivo por uno o más de los métodos siguientes:

En suero:

- ✓ Aislamiento del virus de la fiebre amarilla.



- ✓ Presencia de IgM específica para fiebre amarilla o un aumento de 4 veces o más de los niveles de IgG en muestras de suero pareadas (agudo y convaleciente).

✓

- ✓ Detección del secuenciamiento genético del virus de fiebre amarilla en suero por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

En tejidos:

Muestra de hígado por inmuno - histoquímica (postmortem).

Detección del secuenciamiento genético del virus de fiebre amarilla por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

Por nexo epidemiológico

Contacto de uno o más casos probables con uno o más casos confirmados, procedentes de la misma área endemo - enzoótica.

Contacto de un caso probable que fallece en menos de 10 días, sin confirmación laboratorio y que provenga de área donde hay casos confirmados.

Caso descartado de Fiebre Amarilla:

Todo caso que después de la investigación no cumple con el criterio de caso probable o que tiene resultados negativos en el laboratorio.

Caso sospechoso de Fiebre Amarilla:

Es todo paciente con fiebre e ictericia de inicio agudo y procedente de zona enzoótica. Solo se usa en:

Caso de epidemia con la finalidad de captar oportunamente una mayor cantidad de casos,

Lugares donde se sospeche pueda ocurrir un incremento de la actividad epidémica.

Caso asociado a vacuna:

Caso probable con antecedente de haber sido vacunado 10 días antes del inicio de la ictericia.

- ✓ En estos casos en que se sospeche la asociación a la vacuna será muy importante documentar la vacunación y tomar muestras para aislamiento viral.



Su investigación se manejará como ESAVI (Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación o Inmunización).

Los casos probables de fiebre amarilla urbana o selvática son de notificación individual inmediata y obligatoria por la vía más rápida (teléfono, fax o correo electrónico) al nivel inmediato superior y dentro de las 24 horas de conocido el caso. La ficha de investigación clínico-epidemiológica debe enviarse obligatoriamente a OGE-MINSA. El cumplimiento de una adecuada notificación es responsabilidad de las autoridades de salud regionales y nacionales. Todo caso será investigado y finalmente clasificado como caso confirmado o descartado.

10.1.4 VARICELA

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso de varicela:

Todo caso que presente exantema maculo pápula vesicular que evoluciona a costras (con polimorfismo regional), de presentación céfalo caudal, muy pruriginoso, con o sin fiebre.

Caso de varicela complicada: "Es aquel caso de varicela, que además presenta cualquiera de las siguientes manifestaciones:

- ✓ Sobreinfecciones de piel y partes blandas (impétigo, celulitis, absceso, fascitis necrotizante, paniculitis)
- ✓ Neurológicas (cerebelitis, encefalitis, meningitis, mielitis)
- ✓ Respiratoria (neumonitis, neumonías)
- ✓ Hematológicas (síndrome hemorrágico)
- ✓ Visceral o diseminada (miocarditis, pericarditis, hepatitis, nefritis)
- ✓ Otras complicaciones que requieren hospitalización.

Los casos hospitalizados y defunciones de varicela deben notificarse diariamente, y para esta notificación excepcionalmente se deberá utilizar la ficha de investigación clínico epidemiológico.

Asimismo, cada establecimiento de salud a nivel nacional, notificará todo caso de DIRESA/DISA/GERESA o la que haga sus veces notificará en el formato de individual semanalmente e ingresará en el aplicativo NOTI WEB.





La Vigilancia Epidemiológica del diagnóstico de Varicela será mediante los códigos 1E10:

- ✓ B01.0 Meningitis debida a varicela
- ✓ B01.1 Encefalitis debida a varicela
- ✓ B01.2 Neumonía debida a varicela
- ✓ B01.8 Varicela con otras complicaciones
- ✓ B01.9 Varicela sin complicaciones

Todo trabajador de los servicios de salud públicos y privados del país, al identificar un paciente que cumpla con la definición de caso confirmado de varicela, debe comunicarlo inmediatamente al encargado de epidemiología o quien haga sus veces en el establecimiento de salud, y se notificará utilizando la ficha establecida según Directiva Sanitaria N° 046 MINSA/DGE V.01.

Ante la detección de un caso de varicela complicada, el médico tratante llenará la **ficha clínico epidemiológico**, notificará al responsable de epidemiología o quien haga sus veces, el cual a su vez notificará inmediatamente y realizará la investigación dentro de las 48 horas de conocido el caso.

El jefe del establecimiento de salud, garantizará la capacitación del personal en la detección, seguimiento, manejo clínico según severidad y la implementación de medidas de prevención y control de infecciones.

Reconocer que hay niños y adultos que tienen mayor riesgo de hacer complicaciones por varicela, entre estas tenemos:

- Los niños menores de 6 meses.
- Las personas cuyo sistema inmune está débil por desnutrición, enfermedades como el cáncer, VIH o porque reciben medicación (quimioterapia).
- Las mujeres embarazadas que nunca han tenido varicela.
- Las personas que toman medicamentos esteroides para otra enfermedad o condición, como los niños con asma.

10.1.5 SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y OTRAS ENFERMEDADES FEBRILES ERUPTIVAS

DEFINICIONES OPERATIVAS

Virus del sarampión: Es un virus de la familia *Paramyxovirus*, del género *Morbillivirus*, mide 100 — 200 nm de diámetro, con ARN de cadena simple. Produce una infección sistémica, cuya manifestación principal es



la erupción máculo papular. Su periodo de incubación desde la exposición hasta la instalación de la erupción es de 14 días, con un rango de 7 —18 días, y puede ser transmitido desde 4 días antes hasta 4 días después de la instalación de la erupción.

Virus de la rubéola: Es un virus clasificado dentro de la familia de los *Togavirus*, género *Rubivirus* y posee un ARN encapsulado. Su periodo de incubación es de 14 días, con un rango de 12 a 23 días. Produce una enfermedad eruptiva cuyos síntomas son usualmente leves y más del 50% de infecciones son inaparentes. La enfermedad es más contagiosa cuando se presenta la erupción, sin embargo, el virus se puede transmitir desde 7 días antes hasta 5-7 días después de la instalación de la erupción.

Enfermedad febril eruptiva: grupo de infecciones. Incluye el sarampión, rubeola y otras, caracterizadas por fiebre y erupción.

Erupción máculo - papular. Erupción cutánea aguda y extensa caracterizada por la presencia de máculas o pápulas y que son usualmente manifestación de una enfermedad sistémica.

Nexo epidemiológico: Es la relación que existe de una persona con un caso confirmado por laboratorio de una enfermedad febril eruptiva. Se confirma mediante investigación epidemiológica y sirve para confirmar un caso sospechoso.

Caso sospechoso de Sarampión/Rubéola (SR): Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo papular generalizada, NO vesicular.

Caso confirmado: Un caso sospechoso de sarampión o rubéola que se confirma por cualquiera de las siguientes situaciones:

- **Por criterio clínico, epidemiológico y laboratorial:** Debe cumplir los tres criterios (Anexo 1).
- **Por aislamiento viral:** del virus sarampión o rubéola en muestras de hisopado nasal y faríngeo.
- Por nexo epidemiológico a otro caso confirmado.
- **Por clínica:** Es un caso sospechoso que no se ha investigado adecuadamente, por cualquiera de las siguientes razones:
 - ✓ El paciente murió antes de que se concluyera la investigación,
 - ✓ El paciente no pudo ser localizado,

- ✓ El paciente se perdió durante el seguimiento.

Esta situación no debe presentarse ya que se considera como falla del sistema de vigilancia.

Caso descartado: es un caso sospechoso que ha sido objeto de una investigación completa y que no cumple con los criterios clínico, epidemiológico laboratorio, el aislamiento viral es negativo y no tiene nexos epidemiológico.

Caso importado. Un caso importado de sarampión o rubéola es el caso en quien se ha confirmado la infección y que la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas demuestran que estuvo expuesto fuera del continente americano o del país durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema, para el caso de sarampión, y de 12 a 23 días, para el caso de rubéola. Los resultados de la secuenciación molecular del virus aislado en estos casos deben ser compatibles con los que circulan en el país de procedencia donde probablemente ocurrió la infección.

Caso relacionado con importación: Es un caso confirmado que según la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas estuvo expuesto localmente al virus, formando parte de la cadena de transmisión iniciada por un caso importado.

Caso confirmado con fuente de infección desconocido: Es un caso confirmado en el que no se pudo detectar la fuente de infección.

Caso confirmado asociado a la vacuna: Es cuando cumple con los cinco criterios que se indican a continuación:

- ✓ El exantema apareció 7 a 14 días después de la vacunación.
SPR/SR
- ✓ El paciente tuvo enfermedad exantemática con o sin fiebre, pero no presentó tos u otros síntomas respiratorios que acompañen al exantema.
- ✓ La investigación epidemiológica exhaustiva no logró detectar un caso primario ni casos secundarios.
- ✓ La muestra de sangre, que contenía anticuerpos IgM específicos, se obtuvo entre los 8 y 56 días después de la vacunación.
- ✓ El resultado de aislamiento viral confirma que es un virus vacuna no salvaje.



Caso primario: Individuo que introduce la enfermedad en el grupo bajo estudio.

No necesariamente es el primer caso diagnosticado en el grupo.

Caso índice: Es el primer caso sospechoso de sarampión, rubeola u otra enfermedad febril eruptiva en un grupo poblacional definido que se somete a la atención del investigador.

Caso secundario: Personas que se infectan por transmisión de persona a persona a partir de casos primarios, con frecuencia familiares.

Contacto: Cualquier persona cuya asociación con un caso de sarampión o rubéola le hace incurrir en el riesgo de contraer la infección.

Aislamiento viral: Procedimiento por el cual se puede obtener la replicación de un virus en el laboratorio a través de la inoculación de una muestra en un cultivo celular en el que se observan las alteraciones que sufren las células producto de la infección o mediante el cual se puede identificar su material genético por pruebas moleculares como la reacción en cadena de polimerasa (PCR).

Inmunoglobulina M (19M): Proteínas séricas (anticuerpos) que se producen como respuesta ante la presencia de ciertas sustancias extrañas solubles o celulares (antígenos).

La notificación e investigación de los casos febriles eruptivos, sospechosos de sarampión debe ser realizada por los responsables de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces de todos los establecimientos del sector salud, públicos y privados del ámbito nacional (del Ministerio de Salud, de gobiernos regionales y gobiernos locales).

La notificación de casos sospechosos de sarampión rubeola debe ser en forma inmediata luego de conocido el caso.

Todo caso sospechoso de sarampión rubeola debe ser investigado dentro de las 48 horas de conocido el caso.

El flujo de la información se realizará desde el nivel local, nivel regional hasta el nivel nacional, siguiendo el flujo de la red nacional de epidemiología, bajo responsabilidad.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Identificación, captación y notificación de casos de SR y otras enfermedades febriles eruptivas

Todo personal de salud debe estar capacitado para identificar un caso de SR y otras enfermedades febriles eruptivas, y reportado al responsable



de la vigilancia del establecimiento del nivel inmediato superior. La captación de los casos de SR o de otras enfermedades febriles eruptivas se realizará en los servicios de emergencia, consulta externa u hospitalización de los servicios de salud.

El responsable de vigilancia de cada establecimiento de salud realizará la notificación inmediata, dentro de las 24 horas de detectado un caso sospechoso de sarampión, rubéola u otra enfermedad febril eruptiva al nivel inmediato superior según el flujo establecido por cada DIRIS.

A través de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) se consolidará semanalmente los casos notificados durante la semana y se enviará la información mediante el software de notificación (NOTI-SP) al Centro de Control y Prevención de Enfermedades del Perú (CDC Perú).

Notificación negativa: Ante la ausencia de casos las unidades notificantes deben informar tal condición semanalmente según el flujo de la RENACE

10.1.6 HEPATITIS A

DEFINICIONES OPERATIVAS

Agente infeccioso: El virus de la hepatitis A es del tipo RNA, de la familia Picornavirus y se conoce un solo serotipo clasificado como enterovirus tipo 72.

Caso confirmado por clínica: Paciente con anorexia, náusea, elevación de alaninoaminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal y aumento de urobilinógeno en orina, no atribuible a otras causas, acompañado o no de fiebre, malestar general, ictericia, coluria, acolia o dolor en hipocondrio derecho, en el cual el médico tratante hace impresión diagnóstica de hepatitis A.

Caso confirmado por laboratorio: Caso confirmado por clínica y que presenta IgM anti-VHA positivo.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: Persona con anorexia y náuseas acompañadas o no de fiebre, malestar general, ictericia, coluria, acolia o dolor en hipocondrio derecho y antecedente de contacto de riesgo con la fuente común presuntamente contaminada o de persona a persona familiar, social o institucional en los últimos 50 días con paciente confirmado por clínica o laboratorio.



10.1.7 HEPATITIS B

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso probable sintomático de Hepatitis B: Todo caso con manifestaciones clínicas de: Fiebre, ictericia, coluria, y que presenta aumento del nivel de transaminasas hepáticas mayor o igual a tres veces el valor normal (según el método utilizado) y bilirrubinas aumentadas a predominio directo, durante los primeros días de la enfermedad.

Caso probable asintomático de Hepatitis B: Individuo asintomático y sin historia clínica previa de hepatitis viral que presenta transaminasas elevadas de cualquier valor.

Caso confirmado de Hepatitis B: Aquel que tiene uno o más de los marcadores serológicos positivos para hepatitis viral B.

Portador crónico: Todo caso confirmado de HVB, con persistencia del HbsAg (Antígeno de superficie) por más de seis meses. Puede ser clínicamente sintomático o asintomático con transaminasas normales o aumentadas.

Contactos:

- ✓ Pareja sexual de un paciente infectado.
- ✓ Persona que comparte jeringas o agujas contaminadas (usuario de drogas endovenosas).
- ✓ Hijos de madres con antígeno de superficie positivo.
- ✓ Individuo que manipula o que recibe sangre o material biológico de
 - ✓ persona infectada.
- ✓ Paciente sometido a procedimientos quirúrgicos u odontológicos que haya
 - ✓ compartido material instrumental contaminado.
- ✓ Usuario de hemodiálisis.
- ✓ Persona que vive con portador crónico de hepatitis B.

La vigilancia epidemiológica de este evento se inició en el año 1999 y es de tipo universal, se desarrolla a través de la Red Nacional de Epidemiología. Los casos son notificados en forma individual con una periodicidad de notificación semanal, la investigación de los casos se hace a través de la ficha de investigación individual de caso de Hepatitis B.



10.1.8 PAROTIDITIS

DEFINICIONES OPERATIVAS

Parotiditis con complicaciones

Caso confirmado: Toda persona que presenta los siguientes

Diagnósticos: orquitis (hombres), mastitis, ooforitis (mujeres), pérdida de la audición, meningitis aséptica, encefalitis, pancreatitis o alguna otra condición con compromiso del estado general que requiera hospitalización, puede haber presentado o no inflamación de las glándulas parótidas u otras glándulas salivales, en el contexto de un brote por parotiditis.

Caso descartado: Todo caso que en la investigación epidemiológica y evolución clínica no cumple con criterios clínicos ni epidemiológicos de parotiditis con complicaciones, y/o en quien se confirma otra etiología.

Parotiditis sin complicaciones

Caso probable: Toda persona con fiebre y dolor a la palpación y/o aumento de volumen (hinchazón) en región de glándulas parótidas (unilateral o bilateral), que dura 2 o más días (generalmente hasta 10 días).

Caso confirmado: Toda persona que cumple con la definición de caso probable y que además presenta nexo epidemiológico.

Nexo epidemiológico es definido como el contacto en lugar y tiempo entre dos personas en el que es plausible la transmisión de la enfermedad, es decir, se cumplen los siguientes dos criterios: 1) una de las personas es posible que sea contagiosa (desde 2 días antes hasta 5 días después del inicio de la parotiditis), 2) la otra persona inicia la enfermedad dentro del periodo de incubación (entre 12 a 25 días) después del contacto

Caso descartado: Todo caso que en la investigación epidemiológica y evolución clínica no cumple con criterios clínicos ni epidemiológicos para parotiditis sin complicaciones, y/o en quien se confirma otra etiología.

Todo trabajador de los servicios de salud del país debe comunicar inmediatamente al encargado de epidemiología o quien haga sus veces en el establecimiento de salud cuando identifique un paciente que cumpla con la definición de caso de parotiditis con o sin complicaciones.

Ante la detección de un caso de parotiditis complicada o defunción con sospecha de parotiditis complicada, el médico tratante llenará la ficha de investigación clínico epidemiológica, notificará al responsable de

epidemiología o quien haga sus veces, el cual a su vez notificará a la instancia inmediata superior hasta que la notificación llegue al nivel regional y nacional.

La investigación epidemiológica de parotiditis con complicaciones se realizará dentro de las primeras 48 horas de conocido el caso.

Realizar la notificación e investigación inmediata de cualquier evento severo atribuido a la vacuna triple viral (SPR).

Las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y Gerencias Regionales de Salud (GERESA) realizarán la notificación individual e ingresarán en el aplicativo NOTI-WEB los casos de parotiditis que acudan a los servicios de emergencia, consultorio externo u hospitalización de su jurisdicción, así como aquellos casos captados por otras fuentes (estudios de investigación operativa, búsqueda activa, entre otros).

La frecuencia de notificación es semanal para casos de parotiditis sin complicaciones y de forma inmediata para casos de parotiditis con complicaciones, en cuyo caso la investigación epidemiológica se debe realizar en las primeras 48 h, así como, el llenado de la ficha clínico-epidemiológica.

10.1.9 EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)

DEFINICIONES OPERATIVAS

ESAVI: Evento supuestamente atribuido a vacunación o inmunización. Cualquier evento adverso asociado a la vacunación, que tiene una asociación temporal y no necesariamente casual. Es una definición operacional que desencadena el proceso de la investigación que concluye con su clasificación final y la implementación de medidas correctivas. En la vigilancia de ESAVI se incluyen primordialmente los de tipo severo.

ESAVI Severo: es todo ESAVI que cumpla uno o más de los siguientes criterios:

- ✓ Hospitalización
- ✓ Riesgo de muerte
- ✓ Discapacidad
- ✓ Fallecimiento



Evento adverso: Cualquier acontecimiento no deseado que ocurra a un sujeto durante o después de la administración de un producto farmacéutico, el cual no tiene que tener necesariamente una relación casual con el tratamiento.

Evento coincidente: cuando el evento definitivamente no está relacionado a la vacuna y se identifica una etiología o patología que explica de manera razonable el cuadro clínico (enfermedad producida por otra etiología)

Evento no concluyente: cuando la evidencia disponible no permite determinar la etiología o determinar la casualidad del evento.

Evento relación con error programático u operacional: Debido a error en los procesos de almacenamiento, conservación, distribución, manipulación, preparación y administración de las vacunas o relacionado con la consejería.

Evento relacionado con los componentes propios de la vacuna: debido al tipo de vacuna, su composición y a la condición inmunológica del vacunado o receptor. Producido por el componente activo de la vacuna en sí, preservantes, estabilizantes u otros.

Inmunización: Es el proceso de inducir o transferir inmunidad mediante la administración de una vacuna.

Notificación negativa: Es el tipo de notificación que realice el personal de salud encargado de epidemiología de un Establecimiento de Salud (EESS) al nivel inmediato superior y este siguiendo el flujo establecido hasta Dirección General de Epidemiología (DGE), indicando la ausencia de casos ESAVI severo reportados en su jurisdicción correspondiente. Se realiza semanalmente, mientras que durante campañas masivas de vacunación o ingreso de nuevas vacunas se realiza diariamente.

Caso con Clasificación Final: Es aquel caso que fue clasificado por el comité nacional asesor para la clasificación de los casos de ESAVI como:

1. *Evento coincidente*

2. *Evento relacionado con la vacuna*

✓ *Evento relacionado como el proceso de manejos de las vacunas o error programático.*

✓ *Evento relacionado con los componentes propios de la vacuna. 3*
Evento no concluyente.



Crisis de desconfianza generada por los ESAVIS: Situación en la cual hay una pérdida real o potencial de la confianza en las vacunas y en los servicios de vacunación, generalmente desencadenada por reporte de eventos adversos reales, supuestos o coincidentes.

Vacunación: Es la administración de cualquier vacuna, independientemente de que el receptor desarrolle o no inmunidad.

Vacunas: La vacuna, es la suspensión de microorganismos vivos (bacterias o virus), inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad

La notificación e investigación de los casos de ESAVI severo debe ser realizada por los responsables de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces de todos los establecimientos del sector salud, públicos y privados del ámbito nacional (del Ministerio de Salud, de gobiernos regionales y gobiernos locales). La notificación de casos ESAVI severo debe ser en forma inmediata luego de conocido el caso, bajo responsabilidad del encargado de Epidemiología del Establecimiento de Salud.

Todo caso ESAVI severo debe ser investigado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de conocido el caso, bajo responsabilidad del director o jefe del Establecimiento de Salud y del responsable de Epidemiología de la Dirección de Salud-DIRIS/Dirección Regional de Salud-DIRESA/ Gerencia Regional de Salud-GERESA o la que cumpla su función.

El flujo de la información se realizara desde el nivel local, nivel regional hasta el nivel nacional, siguiendo el flujo de la red nacional de epidemiología, bajo responsabilidad.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Identificación, captación y notificación de ESAVI severo

Todo personal de salud debe ser capaz de identificar un caso de ESAVI severo de acuerdo a la definición operativa, verificando el estado de vacunación mediante el carnet o registro de vacunación. La captación de los ESAVI severos se realizará en los servicios de emergencia, consulta externa u hospitalización de los servicios de salud sujetos al ámbito de aplicación de esta Directiva Sanitaria, independiente del establecimiento donde fue vacunada la persona.



Además de los casos de ESAVI severos, se notificarán e investigarán los siguientes:

- ✓ Casos no severos que forman parte de un grupo ha conglomerado de casos.
- ✓ Casos no severos que sobrepasan la tasa de incidencia esperada.
- ✓ Información difundida en medios de comunicación que están relacionadas a la posible ocurrencia de ESAVI.

El personal de salud debe notificar inmediatamente, usando la vía de comunicación más rápida dentro de las primeras 24 horas al nivel inmediato superior siguiendo el flujo de notificación de la Red Nacional de Epidemiología, es decir desde el nivel local hasta la Centro de Control y Prevención de Enfermedades del Perú (CDC), de la ocurrencia del caso, incluyendo los datos contenidos en la **Ficha de Notificación Inmediata de Evento Supuestamente Atribuido a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) Severo**, conforme al Anexo 1, que forma parte integrante de la presente Directiva Sanitaria.

10.2 METAXÉNICAS

10.2.1 LEPTOSPIROSIS

DEFINICIONES OPERATIVAS

Agente etiológico: El agente etiológico es la *Leptospira*, microorganismo helicoidal, aeróbico obligatorio, que presenta una o ambas extremidades en forma de gancho, dotado de gran motilidad conferida por un axóstilo. Por medio de pruebas serológicas fueron determinadas más de 240 serovariedades. En el Perú se han identificado más de 60 serovariedades

CASO: Debido al amplio espectro clínico de la leptospirosis, que va desde la infección subclínica hasta las formas severas de falla multiorgánica con alta letalidad es difícil establecer una definición de caso por lo que se realiza su vigilancia bajo la estrategia de "vigilancia sindrómica", donde puede ser captado como paciente con:

Síndrome Febril: Todo paciente con inicio brusco de fiebre y menos de 7 días de evolución, que tenga entre 5 y 65 años de edad.

- ✓ Se considerará de notificación inmediata obligatoria a los conglomerados de febriles sin foco infeccioso evidente (paciente febril en el cual no se ha identificado signos o síntomas relacionados a un foco infeccioso).



Síndrome febril icterico agudo: Todo paciente con presentación brusca de fiebre, ictericia y ausencia de factores predisponentes conocidos en el paciente (ejemplo: hepatopatía crónica, hepatopatía inducida por fármacos y hepatopatías autoinmunes).

- ✓ Todos los casos deben ser notificados de inmediato, ya sea que ocurran en forma aislada o en conglomerados.

Síndrome febril con manifestaciones hemorrágicas:

Todo paciente con inicio brusco de fiebre cuya duración es menor de tres semanas y dos de los siguientes signos:

- ✓ Erupción cutánea hemorrágica o purpúrica.
- ✓ Epistaxis.
- ✓ Hemoptisis
- ✓ Sangre en las heces.
- ✓ Otras manifestaciones hemorrágicas
- ✓ Ausencia de factores conocidos predisponentes para hemorragia en el paciente.

Se considerará factor predisponente para hemorragia a lo siguiente (criterios de exclusión):

Hepatopatía crónica.

Síndrome hemorrágico de etiología no infecciosa como: intoxicaciones agudas, neoplasias, efectos adversos a medicamentos, enfermedades hematológicas o autoinmunes y accidentes por animales ponzoñosos.

Todos los casos deben ser notificados de inmediato, ya sea que ocurran en forma aislada o en conglomerados.

Todo caso debe ser investigado y notificado de manera inmediata siguiendo los flujos establecidos en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

10.2.2 BARTONELOSIS (ENFERMEDAD DE CARRIÓN)

DEFINICIONES OPERATIVAS

Casos probables de Bartonelosis: Caso probable de la Enfermedad de Carrión aguda o anémica: Toda persona con fiebre, anemia severa e ictericia, procedente o residente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión.

Caso probable de la Enfermedad de Carrión crónica o verrucosa:

Toda persona con presencia de verrugas rojizas y/o nódulos sub



dérmicos, procedente o residente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión

Caso probable de la Enfermedad de Carrión grave-complicada: Toda persona con fiebre, anemia e ictericia, con una o más complicaciones de tipo neurológico, hepático y pulmonar, procedente o residente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión.

Casos confirmados de la Enfermedad de Carrión

Caso confirmado de bartonelosis aguda anémica: Toda persona con fiebre, anemia e ictericia residente o procedente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión con resultado positivo a Bartonela baciliformes por examen de frotis o hemocultivo.

Caso confirmado de la Enfermedad de Carrión crónica verrucosa: Toda persona con presencia de verrugas rojizas y sangrantes de tamaño diverso y/o nodulares sub dérmicas, residente o procedente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión, con resultado positivo a Bartonella baciliformes por examen de frotis o hemocultivo.

Caso confirmado de la Enfermedad de Carrión grave-complicada: Toda persona con fiebre, anemia e ictericia, residente o procedente de zonas endémicas de transmisión de la Enfermedad de Carrión, con una o más complicaciones de tipo neurológico, hepático o pulmonar con resultado positivo a exámenes de laboratorio.

10.2.3 TIFUS EXANTEMÁTICO

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso probable: Todo paciente con cuadro febril de inicio agudo, con cefalea y/o dolores osteo musculares generalizados y erupción macular violáceo predominantemente en tronco; excepto en zonas expuestas (cara, palma de manos y planta de los pies), puede haber presencia de piojos.

Caso confirmado: Todo caso probable en el que se demuestra la presencia de Rickettsia prowazekii, se detecta por la prueba de fijación de complemento, IFA o ELISA.



10.2.4 DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA Y OTRAS ARBOVIROSIS EN EL PERÚ

DEFINICIONES OPERATIVAS

Aislamiento del virus: Procedimiento en el laboratorio por el cual se puede obtener la replicación del virus de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis a través de la inoculación de una muestra en un cultivo celular en el que se observan las alteraciones que sufren las células producto de la infección.

Antecedente epidemiológico de exposición: Antecedente epidemiológico de exposición (viajes o residencia) de una persona a las áreas con transmisión del virus dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas.

Arbovirus: El término arbovirus es utilizado para hacer referencia a una serie de virus que son transmitidos por vectores artrópodos y que producen enfermedades como dengue, zika, chikungunya, fiebre amarilla (virus que comparten el mismo vector), mayaro, oropuche y otros.

Brote: Es el incremento o aparición inusual de casos de una enfermedad en un área geográfica delimitada, durante un periodo de tiempo y afectando un número determinado de personas.

Caso autóctono: Todo caso cuyo lugar probable de infección corresponde a la misma jurisdicción donde se notifica el caso y donde se ha comprobado que existe transmisión de la enfermedad y presencia del vector.

Caso importado: Todo caso cuyo lugar probable de infección es diferente a la jurisdicción que notifica el caso.

Caso aislado: Caso autóctono confirmado que, según la investigación epidemiológica, no está relacionado epidemiológicamente a otros casos diagnosticados.

Casos localizados: Presencia de casos autóctonos que se limitan en el círculo familiar.

Caso Índice: Es el primer caso diagnosticado de un Brote.

Caso secundario: Caso nuevo de una enfermedad transmisible, surgido a partir de un caso Índice.

Circulación de enfermedad: Conglomerado de dos o más casos autóctonos confirmados por laboratorio, agrupados en tiempo y espacio.

Categoría B para el transporte de muestras biológicas: Serán consideradas muestras biológicas de categoría B a aquellas muestras



que al exponerse ante personas no causan Incapacidad permanente, no ponen en peligro la vida y no provocan una enfermedad mortal. ELISA Inbota Es una prueba de ELISA IgM o IgG preparado en el laboratorio en base al antígeno viral de acuerdo a los protocolos de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América.

Epidemia: Aparición de mayor número de casos de una enfermedad, agrupados en tiempo, área geográfica y número de personas por encima de lo que normalmente se espera en una localidad o región (Es más amplio que en el caso de un brote).

Escenario Epidemiológico: Es una estratificación epidemiológica de carácter dinámico que clasifica áreas geográficas, de acuerdo a la ausencia o presencia del vector y de casos de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis se clasifica en:

- **Escenario I:** Área geográfica sin presencia del vector con o sin condiciones para el desarrollo del vector y con casos importados, pero sin casos autóctonos de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis.
- **Escenario II:** Área geográfica con presencia del vector y con casos importados, pero sin casos autóctonos de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis
- **Escenario III:** Área geográfica con presencia del vector y presencia de casos autóctonos de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis. Existen tres tipos:
 - ✓ **Escenario III - brote:** Área geográfica con presencia de casos autóctonos que se limitan en una sola unidad geográfica en un determinado tiempo.
 - ✓ **Escenario III - epidémico:** Áreas geográficas con presencia de casos autóctonos que se distribuyen en más de una unidad geográfica en un determinado tiempo.
 - ✓ **Escenario III - endémico:** Áreas geográficas con presencia de casos autóctonos en forma permanentemente en cantidades esperadas.

Estrategias de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitida por vectores: Son las formas de vigilancia que aplicadas de manera sistemática contribuyen al conocimiento de la frecuencia, distribución y de determinantes de eventos existente o nuevos de



importancia en salud pública, así como también sus tendencias en la población, se consideran:

Vigilancia por definición de caso: Vigilancia basada en la evidencia clínica, epidemiológica y de laboratorio disponible del paciente que permite distinguir si corresponde a un caso sospechoso, probable o confirmado de una enfermedad transmitida por vectores de acuerdo a las definiciones de casos relacionadas a dengue

La definición de casos de otras arbovirosis como Mayaro y Oropuche serán definidas por el CDC al identificarse el primer caso confirmado, en el marco de investigación de brote.

Investigación epidemiológica: Es una estrategia, que comprende todos los procedimientos para la obtención de evidencias (epidemiológicas, clínicas, investigación del agente etiológico, investigación del vector, determinantes sociales y ambientales) para confirmar o descartar un caso y establecer si es importado o autóctono.

Vigilancia de febriles: Vigilancia que considera analizar el incremento de pacientes con fiebre reportados por semana epidemiológica en los establecimientos de salud, para realizar análisis de conglomerados, búsqueda intencional y toma de muestras.

Vigilancia centinela: Vigilancia establecida en establecimientos de salud seleccionados y que consiste en la captación de 5 muestras de pacientes por semana de acuerdo a criterios establecidos, para el procesamiento laboratorio de diferentes diagnósticos diferenciales.

Evaluación de la circulación del agente zoonótico en situación de brote o epidemia: Se denomina al procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad, mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante durante el brote o epidemia.

Vigilancias especiales: Están contempladas las siguientes vigilancias específicas: Vigilancia del síndrome congénito relacionada al virus zika, vigilancia de Guillain Barré relacionada al virus zika, seguimiento de gestantes con sospecha o confirmación de enfermedad por virus zika.

Estudios de investigación: Son estudios que se implementa para completar las estrategias de vigilancia epidemiológica, incluyen entre otros estudios de prevalencia, estudios de casos, estudios de cohorte, protocolo de tamizajes y vigilancia por banco de sangre.



Síndrome Guillain Barré descartado: Caso sospechoso de SGB que durante la investigación se identificó que corresponde a otra patología.

Unidad notificante (UN): Se denomina así, al establecimiento de salud designado oficialmente, que notifica en forma obligatoria y permanente enfermedades, eventos de vigilancia epidemiológica, brotes y otros eventos de importancia para la salud pública, al sistema de notificación de salud pública del Centro de Control y Prevención de Enfermedades del Perú (CDC), CDC.

Vigilancia pasiva: Actividad que se limita a recopilar información de los registros de la información de los sujetos que acuden al establecimiento de salud para una atención médica, esto permite definir la tendencia de la transmisión y la detección de cualquier aumento de la incidencia de la enfermedad vigilada.

Vigilancia activa: En este caso los establecimientos de salud buscan la información de los casos en la comunidad. Esta vigilancia se da a través de la investigación epidemiológica y permite la detección precoz de los casos, información temprana en tiempo y espacio, da a conocer con mayor precisión la incidencia de casos, la identificación de los serotipos del virus involucrado y la gravedad de la enfermedad.

Zona no epidémica: Área geográfica sin casos autóctonos o con presencia de casos importados de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis con o sin presencia de vector *Aedes aegypti*.

DEFINICIONES OPERATIVAS RELACIONADAS A DENGUE:

Caso probable de dengue (sin signos de alarma): Toda persona con fiebre menor o igual a 7 días de evolución, que reside o ha visitado áreas de transmisión de dengue o con infestación del vector *Aedes aegypti*, 14 días antes del inicio de los síntomas y que presenta al menos dos de las siguientes manifestaciones:

- Dolor ocular o retro-ocular
- Mialgias
- Cefalea
- Artralgia
- Dolor lumbar
- Rash/exantema (erupción cutánea)
- Nauseas/vómitos



Caso dengue con signos de alarma: caso probable de dengue sin signos de alarma que presenta uno o más de las siguientes manifestaciones:

- Dolor abdominal intenso y continuo
- Dolor torácico o disnea
- Derrame seroso al examen clínico o por estudio de imágenes (Ascitis, derrame pleural o derrame pericárdico)
- Vómitos persistentes
- Disminución brusca de temperatura o hipotermia
- Sangrado de mucosas (gingivorragia, epistaxis, metrorragia, e hipermenorrea)
- Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario)
- Decaimiento excesivo o lipotimia
- Estado mental alterado (Somnolencia o inquietud o irritabilidad o convulsión o escala de Glasgow menor de 15).
- Hepatomegalia.
- Aumento progresivo del hematocrito.

Caso dengue grave: Todo caso probable de dengue con o sin signos de alarma que presenta por lo menos uno de los siguientes signos:

- Signo o signos de choque hipovolémico b
- Sangrado grave, según criterio clínico
- Síndrome de dificultad respiratoria por extravasación importante de plasma.
- Compromiso grave de órganos (encefalitis, hepatitis, miocarditis)

Nota: Se considerará choque hipovolémico si cumple cualquiera de los siguientes signos: Presión arterial disminuida para la edad, diferencial de la presión arterial ≥ 20 mmHg, pulso rápido y débil o indetectable (pulso filiforme), frialdad de extremidades o cianosis, llenado de capilar > 2 segundos y taquicardia.

Caso confirmado de dengue: Todo caso probable de dengue que cumpla cualquiera de los siguientes criterios:

- Resultado positivo a una o más de las siguientes pruebas de laboratorio:
- Aislamiento viral por cultivo celular RT-PCR ELISA Antígeno 1



- Detección de anticuerpos IgM para dengue en una sola muestra mediante ELISA, para zonas endémicas a dengue.
- Evidencia de seroconversión en IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de síntomas, para zonas donde no hay transmisión de dengue (estos casos deben tener una investigación epidemiológica).

Nota: La pruebas de RT-PCR sólo se procesan a pacientes en fase aguda con 1 a 5 días de tiempo de la enfermedad.

Confirmación por nexo epidemiológico: Solo en situación de brote donde se ha comprobado la circulación del virus. Todo caso probable que no dispone de una muestra para diagnóstico de laboratorio y que reside cerca o ha tenido contacto con una o más personas, que tienen o han tenido la enfermedad.

Nota: Los casos de dengue con signos de alarma y dengue grave deben contar con ficha epidemiológica y muestra de laboratorio.

Caso descartado de dengue: Todo caso probable de dengue que cumple alguno de los siguientes criterios:

- Resultado negativo de RT-PCR en una sola muestra con tiempo de enfermedad menor o igual de 5 días.
- Resultado negativo de IgM en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor a 10 días.
- Resultado negativo IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de síntomas.
- Caso probable sin muestra y sin nexo epidemiológico se descarta.

Identificación por laboratorio de otro agente causal.

Nota: Para considerar el resultado de la prueba de diagnóstico es importante en tiempo de enfermedad, ver Tabla W 3, Anexo 7. Se recomienda realizar diagnóstico diferencial con otras arbovirosis (Oropuche, zika, chikungunya y otros)



DEFINICIONES OPERATIVAS RELACIONADAS A CHIKUNGUNYA

Caso probable de Chikungunya: Toda persona con fiebre de inicio brusco, que presente artralgia severa, poli artralgia bilateral o artritis no explicada clínicamente por otra condición médica, con un tiempo de evolución menor o igual a 7 días, que reside o ha visitado áreas con transmisión de chikungunya o con infestación del vector *Aedes aegypti*, 14 días antes del inicio de los síntomas y que presente alguna de las siguientes manifestaciones:

- Mialgia
- Cefalea
- Rash/exantema (erupción cutánea)

Caso chikungunya grave: Todo caso probable de chikungunya, con alguna de las siguientes manifestaciones atípicas:

- Sistema nervioso: meningoencefalitis, encefalopatía, convulsiones, síndrome de Guillain-Barré, síndrome cerebeloso, paresia, parálisis y neuropatías.
- Ojo: neuritis óptica, iridociclitis, epiescleritis, retinitis y uveítis.
- Cardiovascular miocarditis, pericarditis, insuficiencia cardíaca, arritmia e inestabilidad hemodinámica.
- Piel: hiper pigmentación por foto sensibilidad, dermatosis vesiculobulosa y ulceraciones añosas.
- Riñones: nefritis y la insuficiencia renal aguda.
- Otros: coagulopatía, neumonía, insuficiencia respiratoria, hepatitis, pancreatitis y la insuficiencia suprarrenal.

Caso confirmado de chikungunya: Todo caso probable de chikungunya, que tenga al menos una de las siguientes pruebas confirmatorias de laboratorio:

- Aislamiento viral por cultivo celular RT-PCR
- Detección de anticuerpos IgM para chikungunya en una sola muestra, para zonas endémicas a chikungunya.
- Evidencia de seroconversión en IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de síntomas, para zonas donde no hay transmisión reconocida chikungunya (estos casos deben tener una investigación epidemiológica)



Nota: Las pruebas de RT-PCR sólo se procesan a pacientes en fase aguda con 1 a 5 días de tiempo de la enfermedad.

Caso descartado de Chikungunya: Todo caso probable de Chikungunya que cumple alguno de los siguientes criterios:

- Resultado negativo de RT-PCR en una sola muestra con tiempo de enfermedad menor de 5 días.
- Resultado negativo de IgM en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor a 10 días.
- Resultado negativo IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de síntomas.
- Identificación por laboratorio de otro agente causal o de otro diagnóstico médico exantemático o reumatológico.

Nota: Para la clasificación final es importante considerar el tiempo de enfermedad hasta la toma de la muestra biológica. Se recomienda realizar diagnóstico diferencial con otras arbovirosis (Oropuche, zika, dengue y otros)

DEFINICIONES OPERATIVAS RELACIONADAS A ZIKA.

Caso sospechoso de Zika: Toda persona con Rash / exantema (erupción cutánea), con un tiempo de enfermedad menor o igual a 7 días de evolución, que reside o ha visitado áreas con transmisión de zika, 14 días antes del inicio de los síntomas y que presenta alguna de las siguientes manifestaciones:

- Fiebre $< 38,5^{\circ}\text{C}$
- Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntiva
- Mialgia
- Cefalea o malestar general
- Artralgia
- Edema peri articular

Caso confirmado de Zika: Todo caso sospechoso de zika o asintomático, que tenga al menos una de las siguientes pruebas positivas de laboratorio:

- Aislamiento viral por cultivo celular RT-PCR
- Elisa IgM

- Solo para recién nacidos con síndrome congénito y en pacientes con Síndrome de Guillain Barré con descarte a otros flavivirus.

Nota: La pruebas de qRT-PCR en suero sólo se procesan a pacientes en fase aguda con 1 a 5 días de tiempo de la enfermedad. Las muestras de qRT-PCR en muestras de orina y semen se solicitarán a casos con tiempo de enfermedad mayor a 5 días.

Caso confirmado de zika por transmisión sexual: Toda persona con urna muestra positiva a zika por laboratorio que no tenga antecedentes de residencia o viaje a áreas con transmisión de zika y con antecedente de contacto sin protección entre los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas, con persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedentes de residencia o viaje a un área con transmisión de zika y tenga una prueba positiva a , zika (si no hay la confirmación de la muestra positiva de la pareja no se considerará caso confirmado por esta vía de transmisión).

Caso descartado de zika: Todo caso sospechoso de zika que cumple alguno de los siguientes criterios:

Resultado negativo de RT-PCR

Identificación por laboratorio de otro agente causal o de, otro diagnóstico médico exantemático o reumatológico.

Nota: La confirmación de casos de zika y chikungunya por nexo epidemiológico, sólo se utilizará cuando se presente un comportamiento endémico y epidémico, previa coordinación con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Se recomienda realizar diagnóstico diferencial con otras arbovirosis (Oropuche, dengue, chikungunya y otros)

CASO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ (SGB) ASOCIADO A LA INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA

Caso de síndrome de Guillain Barré sospechoso de estar asociado a la Infección por virus zika.

Caso SGB confirmado que reside o ha visitado áreas con transmisión de zika en los 30 días previos al inicio de signos y síntomas.

Caso SGB confirmado que haya tenido contacto sexual sin protección con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga



antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión de virus zika confirmada o tenga prueba positiva a zika.

Caso de SGB confirmado que haya recibido una transfusión de sangre en área con transmisión de virus zika confirmada.

Caso de síndrome de Guillain Barré confirmado de estar asociado a la infección por virus Zika

Todo caso SGB confirmado sospechoso de estar asociado a la enfermedad por virus Zika con resultado laboratorial positivo a zika

Caso de Guillain Barré descartado de estar asociado a la infección por virus zika.

Todo caso de SGB confirmado con resultado laboratorial negativo a la enfermedad del virus zika.

Todo caso de SGB confirmado con identificación de otro agente infeccioso como: Campylobacter jejuni, Citomegalovirus (CMV), Virus Epstein Bar (VEB), VIH, dengue, chikungunya, enterovirus u otros y/o no se demostró la enfermedad por virus zika.

Caso de síndrome congénito asociado a la Infección por virus zika:

Caso sospechoso de síndrome congénito asociado a la infección por virus Zika:

Hijo de madre: que presente cualquiera de los siguientes antecedentes: Residencia o que haya visitado áreas epidémicas o endémicas con transmisión de virus Zika confirmada durante su gestación. Contacto sexual sin protección, durante la gestación, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área epidémica o endémica con transmisión de virus Zika y/o tenga prueba positiva a Zika.

Enfermedad exantemática en área con antecedente de transmisión de Zika.

Infección confirmada a Zika

Recién nacido vivo o natimuerto que presente alguna de las siguientes manifestaciones:

Microcefalia. Medida de circunferencia occipito frontal (perímetro cefálico) a las 24 horas después de nacer, por debajo de -2 desviaciones estándar de la media según referencias estandarizadas, de acuerdo a edad gestacional y sexo.

Malformación congénita del sistema nervioso central: incluye alteraciones congénitas del sistema nervioso central, detectada por cualquier estudio de imágenes o con manifestaciones clínicas de compromiso neurológico.

- Otra malformación congénita.
- Malformación congénita tardía b.

Malformación congénita tardía:

El seguimiento de los niños nacidos normales de madre con antecedente epidemiológico, será de acuerdo a lo establecido en la Guía De Práctica Clínica para la Atención de Casos de Zika en el Perú. La notificación de sospechoso se realizará al momento del diagnóstico de la malformación congénita. La clasificación de los casos con manifestaciones tardías requerirá una evaluación especial.

Caso confirmado de síndrome congénito asociado a Infección por virus Zika:

Caso sospechoso de síndrome congénito asociado a infección por virus Zika, con diagnóstico de laboratorio positivo al virus Zika, independientemente de la detección de otros patógenos.

Caso descartado de síndrome congénito asociado a Infección por virus Zika:

Caso sospechoso de síndrome congénito asociado a infección por virus Zika, en el que se tenga confirmación a otra causa y con resultados negativos para virus Zika.

Vigilancia de seguimiento de gestantes con sospecha o confirmación de enfermedad por virus zika.

Caso sospechoso *:

Gestante con Rash/exantema (erupción cutánea), con un tiempo de enfermedad menor o igual a 7 días de evolución, que reside o ha visitado áreas con transmisión de zika, 14 días antes del inicio de los síntomas y que presenta alguna de las siguientes manifestaciones:

- Fiebre $< 38,5^{\circ}\text{C}$
- Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntiva
- Mialgia
- Cefalea o malestar general
- Artralgia



– Edema peri articular

Gestante que no resida o haya visitado áreas epidémicas o endémicas de zika, con antecedente de contacto sexual sin protección entre los últimos 14 días antes del inicio 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 de virus zika confirmada y que tenga prueba positiva a zika.

Gestante con hallazgos ecográficos de microcefalia fetal, calcificaciones intracraneales o alteraciones del sistema nervioso, que cumpla con uno los siguientes criterios:

Residente o que haya visitado áreas con transmisión de virus zika confirmada, durante la gestación.

Con antecedente de contacto sexual sin protección con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión de virus zika confinada o tenga prueba positiva a zika. En todos los casos se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades exantemáticas, reumatológicas, malaria y otras infecciones virales. Durante el proceso de la vigilancia epidemiológica se debe garantizar la estricta confidencialidad de los datos personales del paciente, utilizándose solamente los datos estadísticos para el análisis de la información.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE CASOS

Están obligados los profesionales de salud, técnicos y auxiliares que laboran en los establecimientos de salud, instituciones o centros de investigación informar inmediatamente al responsable de epidemiología del establecimiento de salud de su jurisdicción, o del inmediato superior o el que haga sus veces, los casos de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis. Su incumplimiento se considera una falta administrativa.

La detección del caso de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis se inicia con el llenado de la ficha clínico epidemiológico durante la atención médica o investigación epidemiológica (Anexo N° 1), para luego ser notificado a la unidad

notificante, a través del formato de notificación individual para las enfermedades sujetas a vigilancia (Anexo W 2). Adicionalmente se puede hacer uso de otro medio de comunicación disponible (teléfono fijo, celular, correo electrónico, mensaje de texto de celular, radio o comunicación personal).

El flujo de notificación se realizará desde el nivel local hasta el nivel nacional, a través de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) y siguiendo los flujos y procesos establecidos en la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública" (aprobada por Resolución Ministerial, N° 506-2012/MINSA y su modificatoria).

Cada unidad notificante deberá ingresar los casos informados al registro en el sistema de vigilancia epidemiológica software NOTISP o al aplicativo informático para la notificación denominado "NOTISP" provisto por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades del Perú (CDC), el mismo que se encuentra disponible en la sección intranet de la página web del CDC <http://app7.dge.gob.pe/notiWebAnex.ohp/index/login#no-back-button> de acuerdo a lo dispuesto por las DIRESAS y las GERESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional, respecto a la descentralización del aplicativo NOTISP.

El responsable de epidemiología o el que haga sus veces en la unidad notificante de salud, es responsable del registro y notificación en el aplicativo informático NOTISP y es de responsabilidad de las GERESAS y las DIRESAS el monitoreo del cumplimiento de la notificación de sus unidades notificantes a nivel regional.

10.2.5 MALARIA

DEFINICIONES OPERATIVAS

MALARIA: Conocida también como paludismo o terciana, es una parasitosis febril aguda ocasionada por parásitos perteneciente al género Plasmodio. El paroxismo palúdico es un cuadro propio de la malaria que después de varias horas se presenta típicamente en tres fases: frío o escalofríos, elevación de la temperatura y sudoración. La forma más grave es producida por el *P. falciparum* (terciana maligna), la cual se





caracteriza por fiebre, escalofríos, cefalea, sudoración, vómitos, hepatomegalia, palidez, ictericia y alteración del sensorio. La malaria cerebral, convulsiones, coma, insuficiencia renal aguda, anemia severa y edema pulmonar, son también complicaciones del paludismo por *P. falciparum*. La ruptura del bazo es una complicación que se ha reportado en algunos casos de malaria por *P. vivax*.

CASO PROBABLE: Toda persona con fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general, con antecedentes de exposición procedencia o residencia en áreas endémicas de transmisión de la malaria.

CASO CONFIRMADO: Toda persona notificada como caso probable más el hallazgo del parásito por gota gruesa o por cualquier otro método de diagnóstico de laboratorio.

CASO CONFIRMADO DE MALARIA COMPLICADA: Todo caso confirmado que presenta uno o más de los siguientes signos de alarma: deterioro del estado de conciencia, anemia severa, parasitemia elevada, signos de insuficiencia aislada -o asociada- de tipo renal, cardiovascular, hepática, pulmonar que requiere inmediata hospitalización y tratamiento especializado.

MUERTE POR MALARIA CONFIRMADA: Muerte de un paciente con síntomas y/o signos de malaria complicada y confirmada por laboratorio.

FRACASO TERAPEUTICO DE LA MALARIA: Paciente con diagnóstico confirmado de malaria, no complicada, sin síntomas que indiquen otra enfermedad concomitante, quien ya ha ingerido la dosis correcta de antimaláricos, pero presenta deterioro clínico o recurrencia de los síntomas dentro de los 14 días siguientes desde el inicio del tratamiento, en combinación con el hallazgo de parasitemia (formas asexuadas).

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

NOTIFICACION

Es de carácter obligatorio y se realiza en forma semanal. Se notifica todo caso confirmado de malaria por *P. vivax* en forma colectiva y con información de la localidad. A través de los formatos de notificación oficial se realiza la notificación al nivel inmediato superior y a nivel nacional. La notificación de todo caso confirmado de *P. falciparum* es individual e inmediata, referida al nivel inmediato superior y a nivel nacional. La investigación se realiza a través de la ficha (anexo).

La ficha clínico-epidemiológica debe ser usada sólo para malaria por *P. falciparum*, en situación de brotes y en malaria complicada (Anexo).



10.2.6 LEISHMANIASIS

DEFINICIONES OPERATIVAS

Leishmaniasis: es una enfermedad de evolución crónica que se adquiere en zonas rurales y es producida por parásitos del género *Leishmania*. El cuadro clínico varía de acuerdo al tipo del parásito, al medio ambiente y a la respuesta inmune del huésped.

Se distinguen cuatro formas clínicas:

Leishmaniasis Cutánea: Se presenta con una lesión inicial única o múltiple denominada "uta", la cual se inicia como una pápula eritematosa de 3 mm en un área expuesta del cuerpo y evoluciona a una lesión ulcerosa de bordes nítidos y elevados, semejante a un cráter. Algunas veces puede presentarse en forma costrosa o como grandes úlceras mutilantes.

Leishmaniasis Mucocutánea: Denominada "espundia", esta forma de leishmaniasis se presenta después de haberse manifestado la forma cutánea. Se localiza principalmente en las vías aéreas superiores en forma de lesiones ulcero-granulomatosas que destruyen al tabique nasal, incluso con caída de la punta de la nariz ("nariz huanacoide", "nariz tapiroide"), o con compromiso de la úvula y el paladar.

Leishmaniasis cutánea difusa: Se caracteriza por presentar nódulos cutáneos aislados o agrupados, así como pápulas, placas infiltradas y lesiones verrucosas. Estas últimas no curan espontáneamente y tienden a la recaída después del tratamiento. Se ha sugerido que esta forma de leishmaniasis se relaciona con un estado inmunológico deprimido del paciente. La forma cutánea y Mucocutánea se conoce también como leishmaniasis tegumentaria.

Leishmaniasis visceral: Conocida como "Kala-azar", se caracteriza por manifestaciones de hepatoesplenomegalia, fiebre, debilidad y anorexia. No se han reportado casos de leishmaniasis visceral en el Perú; sin embargo, existe el riesgo de su ingreso al país por las zonas fronterizas con Brasil y Bolivia.

Leishmaniasis cutánea

Caso sospechoso: Toda persona con una lesión de úlcera cutánea única o múltiple, procedente -o residente- en una zona endémica de leishmaniasis.



Caso probable: Toda persona procedente -o residente- en una zona endémica de leishmaniasis con cuadro clínico caracterizado por la presencia de una o múltiples lesiones cutáneas que se inician en forma de nódulos (pruriginosos o no) con progresión a lesiones ulcerativas o úlcero costrosas, poco profundas, de aspecto redondeado, no dolorosas, de bordes bien definidos y signos inflamatorios; con tiempo de evolución no menor de 4 semanas y con falta de respuesta al tratamiento convencional.

Caso confirmado: Todo caso probable de leishmaniasis cutánea que a los exámenes (parasitológico, inmunológico, histopatológico o cultivo) demuestra la leishmaniasis

Caso compatible: Toda persona notificada como caso probable de leishmaniasis cutánea que se pierda al seguimiento por cualquier causa y no se logre obtener una muestra de frotis y/o biopsia, para realizar los exámenes parasitológicos, o no se logre realizar las pruebas serológicas.

Caso descartado: Se define como caso descartado de leishmaniasis cutánea a los siguientes:

- Toda persona con resultado negativo a uno o más exámenes parasitológicos y/o a dos pruebas serológicas (IFI e intradermoreacción).
- Cuando las lesiones son producidas por otras causas.

Leishmaniasis Mucocutanea:

Caso sospechoso: Toda persona con una o varias lesiones mucosas en la nariz, boca, faringe, laringe o tráquea, procedente o residente en zonas endémicas de leishmaniasis.

Caso probable: Toda persona con cuadro clínico caracterizado por lesiones granulomatosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, laringe o tráquea. Los sujetos afectados manifiestan antecedentes de lesiones cutáneas activas o cicatrices y proceden o residen en zonas endémicas de leishmaniasis espundia de la Selva Alta o Baja.

Caso compatible: Toda persona notificada como caso probable de leishmaniasis Mucocutanea que se pierda a la investigación por cualquier causa y de quien no se logre obtener una muestra de frotis y/o biopsia, para realizar los exámenes parasitológicos o no se logre realizar las pruebas serológicas.





Caso confirmado: Todo caso probable de leishmaniasis Mucocutanea, que sometido a un examen parasitológico, inmunológico, histopatológico o cultivo demuestre resultado positivo para leishmaniasis.

Caso descartado: Se define así a los siguientes

- Toda persona con resultado negativo a uno o más exámenes parasitológicos y a dos pruebas serológicas (IFI e intradermoreacción).
- Cuando las lesiones son producidas por otras causas, como: paracoccidiomicosis, sífilis y neoplasias.

NOTIFICACION

Todo caso probable de leishmaniasis cutánea y Mucocutanea debe notificarse mensualmente, en forma obligatoria, al nivel inmediato superior y a nivel nacional, a través del formato de notificación individual. La investigación debe reportarse en la ficha clínico-epidemiológica, la misma que deberá enviarse con las muestras al laboratorio regional o al Instituto Nacional de Salud y obligatoriamente a las DISAS correspondientes.

Se notificará una misma persona como un nuevo caso si la lesión está en un sitio diferente del anterior y si ésta apareció después de los 3 meses de la primera lesión.

10.2.7 ENFERMEDAD DE CHAGAS

DEFINICIONES OPERATIVAS

ENFERMEDAD DE CHAGAS: Denominada también tripanosomiasis americana es una enfermedad producida por *Tripanosoma cruzi*, transmitido al hombre y a otros mamíferos por insectos hematófagos (triatominos) que pertenecen a la subfamilia Triatominae. En la enfermedad de Chagas se describen las formas clínicas siguientes: Chagas agudo, Chagas crónico, Chagas congénito y Portador de *Tripanosoma cruzi*.

Caso Probable: Toda persona con fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general, con antecedente de exposición, procedencia o residencia en áreas endémicas de transmisión de la malaria.





Caso confirmado: Toda persona notificada como caso probable más el hallazgo del parásito por gota gruesa o por cualquier otro método de diagnóstico de laboratorio.

Caso confirmado de malaria complicada: Todo caso confirmado que presenta uno o más de los siguientes signos de alarma: deterioro del estado de conciencia, anemia severa, parasitemia elevada, signos de insuficiencia aislada o asociada de tipo renal, cardiovascular, hepática, pulmonar que requiere inmediata hospitalización y tratamiento especializado. Muerte de un paciente con síntomas y/o signos de malaria complicada y confirmada por laboratorio.

Fracaso terapéutico de la malaria: Paciente con diagnóstico confirmado de malaria, no complicada, sin síntomas que indiquen otra enfermedad concomitante, quien ya ha ingerido la dosis correcta de antimaláricos, pero presenta deterioro clínico o recurrencia de los síntomas dentro de los 14 días siguientes desde el inicio del tratamiento, en combinación con el hallazgo de parasitemia (formas asexuadas).

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Notificación de casos

Notificar obligatoriamente los casos de la Enfermedad de Chagas en el formato de notificación individual, al nivel inmediato superior y a nivel nacional en dos formas:

- Notificación inmediata: Caso probable de Enfermedad de Chagas agudo Caso probable de Chagas congénita.
- Notificación semanal: Caso probable de Enfermedad de Chagas crónico.

10.3 ZOONÓTICAS

10.3.1 BRUCELOSIS HUMANA

DEFINICIONES OPERATIVAS

Agente etiológico: La brucelosis conocida también como fiebre de Malta, enfermedad de bang o fiebre del Mediterráneo, es ocasionada por bacterias del género *Brúcela* y el cuadro clínico viene determinado por la especie responsable de la infección. Así *B. melitensis* tiene mayor virulencia y muestra predisposición al desarrollo de recaídas y evolución a la cronicidad, *B. suis* produce con frecuencia formas localizadas crónicas con necrosis y supuración, *B. abortus* se caracteriza por su



menor invasividad, responsable de frecuentes formas asintomáticas y de fácil control terapéutico. En el Perú la enfermedad se debe casi exclusivamente a *B. melitensis*, siendo poco frecuente la *B. canis*; no se han comprobado casos humanos por *B. ovis* y *B. neotomae*.

Brucelosis Aguda: Desde el inicio de la sintomatología clínica hasta aproximadamente tres meses de evolución de la enfermedad. Acompañado de títulos elevados de seroaglutinación desde el inicio y que alcanza el máximo en el primer mes de la enfermedad.

Brucelosis Sub Aguda: Con un periodo de evolución de enfermedad de tres meses a un año

Brucelosis Crónicas

Este término utilizado para referirse a situaciones muy diversas, ha sido origen de cierta confusión. Debe reservarse para los pacientes cuya enfermedad lleva un periodo de evolución de más de un año. Puede estar acompañado de títulos de seroaglutinación bajos. Puede ser positivo a la prueba de Coombs, anticuerpos incompletos, anticuerpos bloqueadores o aislamiento del germen.

Caso sospechoso:

Caso compatible con la descripción clínica y que puede estar vinculado epidemiológicamente al consumo principalmente de productos lácteos no pasteurizados de origen animal (queso, leche) o a casos probables o confirmados en animales.

Caso probable

Caso sospechoso con resultado positivo a la prueba rosa de bengala.

Caso confirmado

Caso probable positivo a las pruebas confirmatorias serológicas o aislamiento del agente o su demostración por pruebas moleculares.

Cada paciente de brucelosis debe tener una ficha clínica. Todos los pacientes con diagnóstico de brucelosis serán listados en el Libro de Registro y Seguimiento de cada establecimiento de salud

10.3.2 RABIA HUMANA SILVESTRE

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso probable: Paciente con síndrome neurológico agudo (encefalitis) dominado por formas de hiperactividad seguido de síndromes paralíticos que progresan hacia el coma y muerte, por insuficiencia respiratoria, entre 4 y 10 días después de la aparición

del primer síntoma. Con antecedente de mordedura, arañazo o contacto con un animal sospechoso de rabia u otra condición de exposición (trasplantes, riesgo ocupacional, transmisión vertical). El período de incubación puede variar desde 10 días hasta 312 días, generalmente es de 30 a 90 días, con un tiempo promedio de 50 días.

Caso confirmado: Caso probable que es confirmado por laboratorio mediante los resultados positivos de las pruebas de inmunofluorescencia directa (IFD), cultivo celular, inoculación en ratones o RT-PCR. Una prueba positiva en el caso post mortem, de cualquiera de estos exámenes, es concluyente de rabia. En el caso sospechoso de rabia ante mortem, son necesarios al menos dos resultados positivos para confirmar el caso. Los resultados negativos no descartan el caso.

Muestras y pruebas de laboratorio: Con la saliva se realiza el aislamiento viral o la prueba RT-PCR. El suero y el LCR son examinados para determinar los anticuerpos antirrábicos; la biopsia de piel de nuca es examinada para la determinación del antígeno viral en los nervios de los folículos pilosos mediante la prueba de IFD. Los anticuerpos monoclonales y el secuenciamiento genético son utilizados para la caracterización del virus rábico.

10.3.3 OFIDISMO

DEFINICIONES OPERATIVAS

DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD: Los accidentes por animales ponzoñosos son producidos por la exposición (mordedura, picadura, contacto) a serpientes, arácnidos y otros 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.

ETIOLOGIA: El veneno de los ofidios, arácnidos y otras especies, es un conjunto de sustancias tóxicas de naturaleza proteica compleja y difícil de aislar. Las propiedades biológicas y farmacológicas de estas sustancias tóxicas son muy variables

entre géneros, pero de diferentes nichos ecológicos, entre animales de diferente edad y de la misma especie lo que debe tomarse en cuenta para la producción de sueros antivenenosos, uno o más grupos de sustancias tóxicas en proporciones diferentes.

Asimismo, es importante conocer las acciones fisiopatológicas de los venenos para caracterizar la sintomatología que se observa en las personas que sufren los accidentes por animales ponzoñosos. Según esas acciones fisiopatológicas los venenos pueden clasificarse en cinco grupos: proteolíticos, coagulantes, hemorrágicos, neurotóxicos y mionecróticos. En la mayoría de los casos venenosos van penetrando lentamente en la circulación por vía linfática.

Caso Probable de Ofidismo: Toda persona mordida por una serpiente en áreas donde existen especies venenosas.

Caso Confirmado de Ofidismo: Caso probable en el que se comprueba mordedura por serpiente del género *Bothrops*, *Crotalus*, *Lachesis* o *Micrurus*, y se instala un cuadro de descontaminación hemodinámica y síntomas neurológicos o de dermo necrosis.

Los accidentes por animales ponzoñosos son de notificación obligatoria en el Perú, y se consideran dentro del grupo II del sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA, con una frecuencia mensual.

Signos y síntomas por mordeduras de serpientes:

Accidente botrópico: Llámese así a la mordedura producida en una persona por serpiente de los géneros *Bothrops*, *Bothriopsis*, *Bothriechis* y *Bothrocophias*. El veneno de éstos tiene acción proteolítica, coagulante, además de poseer factores hemorrágicos y mio-necrosantes. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por dolor local intenso con edema firme que va aumentando progresivamente, luego eritema con manchas rosáceas o cianóticas. También se presenta hipotensión, además, equimosis, linfangitis, bulas, luego de unos días o semanas aparece casi siempre necrosis superficial o profunda del miembro o zona afectada, llegando en algunos casos a la necrosis total. El paciente puede presentar epistaxis, gingivorragia, hematuria





melena, hematemesis, hemoptisis y sangrado en otros órganos. Estas manifestaciones pueden variar de acuerdo con el género, edad de la semiente y magnitud del envenenamiento.

Accidente Crotálico: Se denomina así a la mordedura ocasionada por las serpientes de la especie *Crotalus durissus* ssp., el veneno de esta especie tiene acción principalmente neurotóxica y mionecrótica, Este accidente se caracteriza, por la presentación de un leve dolor que desaparece rápidamente. Hay sensación de adormecimiento (parestesia), mialgia generalizada, disnea progresiva, taquicardia, diplopía y obnubilación. Al cabo de unos 30 a 60 minutos se manifiesta la "Fascies neurotóxica" que consiste en la caída de los párpados, con perturbaciones de la vista, visión doble o confusa de las imágenes que puede llegar hasta la ceguera temporal. La orina se presenta gradualmente de color rojo vinoso, para luego hacerse más oscura (mioglobinuria) disminuyendo el volumen (oliguria) hasta llegar a la anuria e insuficiencia renal aguda.

Accidente Lachésico: Accidente ofídico ocasionado por la serpiente de la especie *Lachesis muta*, cuyo veneno posee principalmente acción proteolítica, coagulante e hipotensora. Este accidente se caracteriza por presentar hipotensión y confusión mental (acción vagal) en las primeras horas de la mordedura, que puede llegar al choque y a la muerte del paciente.

Accidente Elapidico. Es por la mordedura de serpientes del género *Micrurus* cuyo veneno tiene acción principalmente neurotóxica. En este accidente no se presenta reacción cutánea local importante,) sólo adormecimiento de la región lesionada). Después de 30 a 60 minutos se presenta la "Fascies neurotóxica" (trismus y caída de párpados), acompañada de sialorrea disfagia y dificultad para articular las palabras. Asimismo, parálisis flácida del sistema locomotor y alteraciones de la función miocárdica. Las manifestaciones tardías incluyen alteraciones urinarias (inicialmente por algunas especies) y hematuria que puede progresar a oliguria, anuria e insuficiencia renal aguda.

La notificación debe consignar los datos que están incluidos en la ficha clínica-epidemiológica de accidentes por animales ponzoñosos (anexo 6) la que será llenada por el servicio de



atención médica que atendió al paciente y mensualmente deberá ser remitida a través de la red de servicios de salud al nivel inmediato superior para su conocimiento y evaluación. La consolidación de esta información se la hará llegar a la Dirección General de Salud de las personas y a la oficina general de epidemiología a través de formatos que se concretarán en los siguientes datos: número de casos de accidentes por animales ponzoñosos por género y/o especie, números de personas tratadas, número de fallecidos, número de personas con secuelas de discapacidad.

10.3.4 LOXOSCELISMO

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso Probable de Loxoscelismo: Toda persona que ha sufrido una mordedura por araña del género *Loxosceles*, cuyo veneno tiene acción proteolítica necrosante, hemolítica y pro coagulante, y que se caracteriza por presentar dos formas de manifestación, una cutánea y localizada (Loxoscelismo cutáneo) y otra generalizada (Loxoscelismo cutáneo víscera—hemolítico o sistémico).

Caso Confirmado: Caso probable de Loxoscelismo en el que se comprueba la mordedura por araña del género *Loxosceles* ssp o que presenta lesiones de tipo proteolíticas necrosante o hemolíticas.

Signos y síntomas por mordeduras de *Loxosceles*: La afección puede producir dos patrones clínicos distintos:

Loxoscelismo cutáneo (LC), caracterizado por una dermo-necrosis dolorosa.

El cuadro cutáneo se inicia con una sensación de lancetazo en el momento de la mordedura, seguido de dolor intenso, acompañado de prurito local o generalizado, intranquilidad, insomnio. Después de 30 a 60 minutos se observa eritema, edema de leve a moderado. Hay malestar general con fiebre que desaparece entre las 24 a 48 horas. Aproximadamente a los 2 días aparecen flictenas con contenido sero-sanguinolento que posteriormente se reabsorben dejando una costra negra (escara), que puede infectarse y dejar una lesión ulcerada que demora semanas o meses en cicatrizar.



Loxoscelismo cutáneo-viscerohemolítico (LCV)

Además del compromiso dérmico, se caracteriza por presentar una forma severa de anemia hemolítica intravascular con daño renal agudo y trastorno de la coagulación. El cuadro clínico se caracteriza por malestar general, anemia, náuseas, vómitos, cefalea, hipertermia, sudoración profusa, ictericia y compromiso del sistema nervioso central. La muerte puede ocurrir dentro de las 48 a 96 horas por complicaciones debidas a insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica, trastornos hidroelectrolíticos y sepsis. La intensidad de este cuadro está supeditada a una serie de factores que juegan un rol importante como: la edad de la persona, estado de salud previo al accidente, factores genéticos, así como la presencia de lesiones cutáneas en el tórax y abdomen y cantidad de veneno inoculado. La letalidad depende del diagnóstico precoz, del manejo adecuado y de las complicaciones.

La notificación debe consignar los datos que están incluidos en la ficha clínica-epidemiológica de accidentes por animales ponzoñosos (anexo 6) la que será llenada por el servicio de atención médica que atendió al paciente y mensualmente deberá ser remitida a través de la red de servicios de salud al nivel inmediato superior para su conocimiento y evaluación. La consolidación de esta información se la hará llegar a la Dirección General de Salud de las personas y a la oficina general de epidemiología a través de formatos que se concretarán en los siguientes datos: número de casos de accidentes por animales ponzoñosos por género y/o especie, números de personas tratadas, número de fallecidos, número de personas con secuelas de discapacidad.

10.4 OTRAS

10.4.1 INTOXICACION ALIMENTARIA

DEFINICIONES OPERATIVAS

Alimento: Es toda sustancia, elaborada, semielaborada o en bruto, que se destina al consumo humano, incluidas las bebidas, el chicle y cualesquiera otras sustancias que se utilicen en la fabricación, preparación o tratamiento de los alimentos, pero no



incluye los cosméticos, ni el tabaco ni las sustancias utilizadas solamente como medicamentos.

Alimento en bruto: Alimento no transformado destinado al consumo humano, obtenido directamente de la producción primaria o procesamiento primario.

Alimento elaborado industrialmente (alimento fabricado): Se refiere a todos aquellos alimentos transformados a partir de materias primas de origen vegetal, animal, mineral o combinación de ellas, utilizando procedimientos físicos, químicos o biológicos o combinación de estos para obtener alimentos destinados al consumo humano.

Alimento elaborado: Son todos aquellos preparados culinariamente, en crudo o precocinado o cocinado, de uno o varios alimentos de origen animal o vegetal, con o sin la adición de otras sustancias, las cuales deben estar debidamente autorizadas. Podrá presentarse envasado o no y dispuesto para su consumo.

Alimento sospechoso: Todo alimento que está implicado como probable causa de un brote de ETA.

Brote de ETA: Episodio en el cual dos o más personas presentan una enfermedad similar después de ingerir alimentos, incluidas las bebidas, del mismo origen y donde la evidencia epidemiológica o el análisis de laboratorio implica a los alimentos como vehículos de la misma.

Brote de fuente común: Un brote que resulta de un grupo de personas expuestas a una fuente común. Si el grupo está expuesto durante un período de tiempo relativamente breve (por ejemplo, todos los casos ocurren dentro de un período de incubación), el brote de fuente común es clasificado como de origen en un mismo punto.

Brote familiar de ETA: Episodio en el cual dos o más personas convivientes o en contacto presentan una enfermedad similar después de ingerir una comida común y en el que la evidencia epidemiológica implica a los alimentos como origen de la enfermedad.

Brote propagado: Un brote que no tiene una fuente común, sino que la diseminación se realiza de persona a persona.



Caso de ETA: Es una persona que ha enfermado después del consumo de alimentos y/o bebidas, considerados como contaminados, vista la evidencia epidemiológica o el análisis de laboratorio.

Conglomerado (Clúster): Es una agrupación de casos en un área dada, en un periodo particular sin considerar si el número de casos es mayor que el esperado.

Contaminación: Presencia en los alimentos de cualquier agente que implique riesgo o peligro para la salud del consumidor, tales como: bacterias, virus, parásitos, sustancias extrañas de origen mineral o biológico, sustancias radioactivas, sustancias tóxicas, aditivos alimentarios no autorizados o la presencia en cantidades superiores a las permitidas por las normas vigentes, entre otros.

Contaminación cruzada: Es la transferencia de contaminantes, en forma directa o indirecta, desde una fuente de contaminación a un alimento. Es directa cuando hay contacto del alimento con la fuente contaminante; y, es indirecta cuando la transferencia se da a través del contacto del alimento con vehículos o vectores contaminados como superficies vivas (manos), inertes (utensilios, equipos, entre otras), exposición al medio ambiente, insectos y otros vectores, entre otros.

Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA): Síndrome originado por la ingestión de alimentos y/o bebidas, que contengan agentes etiológicos en cantidades tales que afecten la salud del consumidor a nivel individual o grupos de población. Las alergias por hipersensibilidad individual a ciertos alimentos no se consideran ETA.

Infección alimentaria: Es la ETA producida por la ingestión de alimentos contaminados con agentes infecciosos específicos tales como bacterias, virus, hongos, parásitos, que en la luz intestinal pueden multiplicarse o lisarse y producir toxinas o invadir la pared intestinal y desde allí alcanzar otros aparatos o sistemas.

Intoxicación alimentaria: Es la ETA producida por la ingestión de toxinas formadas en tejidos de plantas o animales, o de productos metabólicos de micro-organismos en los alimentos, o por sustancias químicas que se incorporan a ellos de modo

accidental, incidental o intencional en cualquier momento desde su producción hasta su consumo.

10.4.2 SÍFILIS CONGENITA

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso Probable de Sífilis Materna: Toda mujer gestante, puerpera o con aborto reciente con un resultado reactivo en una prueba de tamizaje o pruebas rápidas para sífilis, con o sin evidencia clínica de sífilis primaria (úlceras genitales, chancro duro) o lesiones compatibles con sífilis secundaria; y que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación.

Caso Confirmado de Sífilis Materna (Sífilis Activa): Caso probable que tenga al menos una prueba de tamizaje reactiva RPR o VDRL con títulos iguales o mayores a 8 diluciones (Dils) y prueba confirmatoria reactiva (TPHA, FTA-ABS, TP-PA).

Caso Descartado de Sífilis Materna: Caso probable con prueba rápida no reactiva o prueba de tamizaje reactiva (RPR o VDRL) cuantitativa con títulos menores a 8 diluciones (Dils), además de prueba confirmatoria no reactiva (TPHA, FTA-ABS, TP-PA).

Caso de Sífilis Congénita: Producto de la gestación (recién nacido, mortinato o aborto espontáneo) de mujer con sífilis materna (activa) sin tratamiento o tratamiento inadecuado.

Neonato con un resultado de títulos de análisis no treponémicos (RPR o VDRL cuantitativo) cuatro veces más altos que los títulos maternos o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los títulos maternos (por ejemplo, madre: 4 Dils (1:4) y niño: 16 Dils (1:16)).

Niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita (ver anexo 1) al examen físico o evidencia radiográfica de sífilis congénita y un resultado positivo de la prueba de tamizaje y/o confirmatoria (FTA-ABS-IgM).

Niño mayor de 2 años de edad; con signos clínicos de sífilis secundaria en el que se ha descartado el antecedente de abuso sexual o contacto sexual.

Demostración de *Treponema pallidum* en estudios histológicos, provenientes de lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.



Niño expuesto a sífilis, no infectado: Niño nacido de una madre con diagnóstico probable o confirmado de sífilis materna, adecuadamente tratada, sin evidencia de sífilis congénita al nacimiento.

Parto: Es la expulsión o extracción fuera del Otero del producto de la concepción de 22 6 más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas).

Pruebas de laboratorio no treponémico: Pruebas de laboratorio de evaluación inicial (tamizaje) que detecta la presencia de anticuerpos no específicos contra *Treponema pallidum*. Los más comúnmente utilizados son RPR (rápid plasma reagin), VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). El reporte de la titulación en las pruebas no treponémicas semi-cuantitativas debe ser en diluciones (Dil o Dils).

Por ejemplo, los sueros que reaccionen en las siguientes diluciones: 1:1, 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, etc.; el reporte del resultado debe ser: REACTIVO: 1 Dil, 2 Dils, 4 Dils, 8 Dils, 16 Dils, respectivamente.

Pruebas de Confirmación para Sífilis: Pruebas de mayor especificidad que las pruebas de tamizaje que utiliza antígeno total o proteínas específicas del *Treponema pallidum*. Las más comúnmente utilizadas son: TPHA (*Treponema Pallidum* haemagglutination assay), el TP-PA (*Treponema pallidum* particle agglutination), el FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody absorption).

Puerperio: Periodo que se extiende desde el alumbramiento (expulsión de la placenta) y se extiende hasta los primeros 42 días.

Sífilis: es una infección de transmisión sexual aguda y crónica producida por la bacteria *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum* que desde el punto de vista clínica se caracteriza por una reacción primaria (Chancro duro), una erupción secundaria que afecta la piel y las mucosas, largos periodos de latencia y lesiones tardías en la piel, los huesos, las vísceras y el sistema nervioso central y cardiovascular.

***Treponema pallidum*:** subespecie *pallidum*, es la espiroqueta del Genero *Treponema*, causante de la enfermedad conocida como Sífilis.



La sífilis materna y la sífilis congénita son condiciones clínicas de notificación obligatoria, en todos los establecimientos del sector salud, públicos y privados del ámbito nacional (Ministerio de Salud, IGSS, DIRESAS, GERESAS, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Instituto Nacional Penitenciario, Hospitales y Establecimientos de Salud Municipal, Establecimientos de Salud privados y otros proveedores de salud).

La notificación de los casos de sífilis materna y sífilis congénita es brealizado por la estrategia de VIH/SIDA a la unidad de vigilancia epidemiológica en el hospital Cayetano Heredia de acuerdo a las definiciones de caso establecidas en la presente directiva.

El flujo de la notificación se realizará desde el nivel local, nivel regional hasta el nivel nacional, mediante la Red Nacional de Epidemiología y siguiendo los flujos y procesos establecidos en la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública", aprobada por Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA.

Todo caso de sífilis materna y sífilis congénita notificado debe ser investigado en forma obligatoria, en los plazos establecidos y utilizando el formulario oficial y las herramientas informáticas consignadas en la presente Directiva Sanitaria.

10.4.3 SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Caso probable de Rubeola Congénita: Se considera como caso probable de SRC a todo niño menor de un año de edad el cual cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

- Se detecte al examen físico uno o más de los siguientes: cataratas/glaucoma congénito, cardiopatía congénita, deficiencia auditiva, hepato-esplenomegalia, retinopatía pigmentaria, microcefalia, microftalmia, púrpura, trombocitopenia, radio-transparencia ósea, retraso en el desarrollo psicomotor.





- Se conozca que la madre haya tenido rubéola confirmada por laboratorio o exista sospecha de ésta, durante el embarazo.
- Recién nacido con diagnóstico probable de TORCHS.

Los lactantes con bajo peso al nacer deben ser cuidadosamente examinados en búsqueda de defectos congénitos del SRC.

Caso confirmado de Rubeola Congénita: Caso probable de SRC confirmado por laboratorio (ELISA IgM para rubéola).

Caso compatible de Rubeola Congénita: Es un caso probable de SRC, pero para el cual no hay confirmación ni descarte por laboratorio.

Infección por rubéola congénita (IRC): Esta designación se usa para infantes con anticuerpos IgM anti-rubéola positivos, pero sin hallazgos clínicos de SRC. Estos no son casos de SRC. Sin embargo, el diagnóstico de IRC no será definitivo hasta no haber descartado la sordera, mediante algún método confiable (sensibilidad y especificidad elevadas) como los potenciales evocados auditivos. Por ello, estos casos deben ser objeto de seguimiento en los consultorios de crecimiento y desarrollo.

Caso descartado: Un caso probable de SRC puede ser descartado si una muestra adecuada de suero ha resultado negativa para anticuerpos IgM específicos de rubéola. Los niños menores de 1 mes necesitarán dos muestras negativas (la primera al primer contacto y la segunda al mes de edad). En los mayores de 1 mes sólo se necesitará una muestra negativa.

10.4.4 MORTALIDAD MATERNA Y MORTALIDAD PERINATAL MORTALIDAD MATERNA

Definición de Muerte Materna: Se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al término de su embarazo, independientemente de su duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

(Fuente: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10).



Para efectos de la vigilancia epidemiológica se clasifican operativamente como:

- Muerte Materna Directa
- Muerte Materna Indirecta
- Muerte Materna Incidental

Muerte Materna Directa: Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente. Algunos ejemplos son las muertes causadas por: eclampsia, parto obstruido, aborto séptico, ruptura uterina, retención placentaria, atonía uterina, sepsis puerperal, etc.

Muerte Materna Indirecta: Son las que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que surge durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero sí agravada por los cambios fisiológicos del embarazo. Algunos ejemplos son las enfermedades cardiovasculares, Tuberculosis, VIH/SIDA, anemia, malaria, etc. Para estos efectos se considera también los casos de suicidio durante el embarazo o durante el periodo puerperal.

Muerte Materna Incidental: Es aquella que no está relacionada con el embarazo, parto o puerperio, ni con una enfermedad preexistente o intercurrente que se agrave por efecto del mismo; y ocurre por una causa externa a la salud de la madre, es decir las denominadas accidentales o incidentales. Algunos ejemplos son: accidentes de tránsito, muerte violenta por desastres naturales, herida por arma de fuego, homicidio, etc.

Muerte Materna Directa Tardía: Es aquella que ocurre por cualquier causa obstétrica directa después de 42 días de ocurrido el parto, pero antes de un año de la terminación del embarazo (CIE10). También es de notificación e investigación obligatoria.

Muerte Materna Institucional: Es todo caso de muerte materna ocurrida en un establecimiento de salud, independiente del tiempo de permanencia en el mismo, (incluye Es Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, establecimientos de salud privados). Se incluyen en este rubro las muertes ocurridas durante

el traslado de un establecimiento de salud a otro, producto de una referencia institucional.

Muerte Materna Extra-Institucional: Es todo caso de muerte materna ocurrida fuera del establecimiento de salud, sea esta en el domicilio o durante el traslado a un establecimiento de salud por los familiares o agente comunitario de salud, producto de una referencia comunitaria.

La muerte materna es un evento sujeto a vigilancia epidemiológica, de notificación inmediata y obligatoria en el ámbito nacional.

Toda muerte materna notificada debe ser investigada en forma obligatoria, en los plazos establecidos y utilizando el formulario oficial; contenidos en la presente Directiva Sanitaria,

Los instrumentos que se utilizarán para la notificación inmediata e investigación epidemiológica de cada muerte materna son los siguientes:

La Ficha de Notificación inmediata de muerte materna (FNIMM), es el formulario oficial y estandarizado para la notificación inmediata de muertes maternas en el ámbito nacional. (Anexo 01)

La Ficha de investigación Epidemiológica de Muerte Materna (FIEMM), es el formulario oficial y estandarizado de investigación epidemiológica de muerte materna a nivel nacional. (Anexo 02)

Para facilitar la aplicación de la FIEMM se dispondrá de un diccionario de variables y un instructivo:

Diccionario de variables: Es el llamado libro de códigos de la FIEMM, que contiene la descripción de las variables de investigación, las que se han tomado en cuenta para la construcción de la estructura de la base de datos y que deberá ser respetado para su aplicación.

Toda muerte materna debe generar un expediente exclusivo producto de la investigación epidemiológica que contenga los siguientes documentos:

- Copia de la Ficha de notificación inmediata de muerte materna
- Ficha de investigación epidemiológica de muerte materna (FIEMM)
- Copia fotostática de la historia(s) clínica(s)



- Copia fotostática del certificado de defunción.
- Copia del certificado de necropsia (de ser necesario)
- Informes médicos de los establecimientos de salud que participaron en la atención de la última gestación de la fallecida o de la enfermedad o evento que desencadenó la muerte.
- Informe final de la investigación del Comité de Prevención de Muerte Materna y Perinatal (CPMM y P), según el nivel que corresponda.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Notificación de muerte materna:

Toda muerte materna directa, indirecta o incidental, debe ser notificada en forma inmediata y obligatoria, dentro de las 24 horas de ocurrido o conocido el evento; usando la ficha de notificación inmediata. (Anexo 01)

En caso de muerte institucional, la notificación inmediata corresponde al establecimiento de salud donde ocurrió el fallecimiento, independiente del tiempo de permanencia y procedencia de la fallecida.

En caso de muerte extra institucional, la notificación inmediata corresponde al establecimiento de salud en cuya jurisdicción ocurrió el fallecimiento, independiente de haber atendido o no a la fallecida.

De ocurrir una muerte materna en un establecimiento de salud no reconocido oficialmente como Unidad Notificante, o dentro de su jurisdicción, este deberá reportar el evento a la Unidad Notificante correspondiente, utilizando la Ficha de Notificación inmediata de muerte materna,





El reporte para la notificación de la muerte materna será realizado por el personal de turno en el cual ocurre el fallecimiento. En el caso de una muerte materna hospitalaria el reporte para la notificación inmediata debe ser realizado por el Médico Jefe de Guardia; el cual deberá comunicar de inmediato al responsable de vigilancia epidemiológica de la Unidad Notificante correspondiente.

De ocurrir una muerte materna en el trayecto de una referencia institucional, el responsable de la notificación será el establecimiento de origen de la referencia.

El cumplimiento de la notificación de la muerte materna es de responsabilidad del Jefe de la Unidad Notificante o de quien haga sus veces. El incumplimiento del plazo establecido deberá ser justificado por escrito ante la DIRIS y Centro de Control y Prevención de Enfermedades del Perú (CDC).

Para mejorar la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica de la muerte materna, cada DIRIS en su ámbito programará y realizará trimestralmente una búsqueda activa de muertes maternas en los registros de defunción disponibles.

Todo Establecimiento de Salud/DIRIS/CDC, que notifique una muerte materna ocurrida en su institución y procedente de otro ámbito, deberá comunicar al nivel correspondiente del ámbito de procedencia, a efectos de dar a conocer el evento y de proceder a la investigación respectiva.

La Dirección General de Epidemiología enviará a la DIRIS/CDC en forma semanal, el listado de muertes maternas procedentes de su región, pero ocurridas y notificadas en otros ámbitos o regiones, a efectos de desarrollar un adecuado análisis y procedimiento de investigación epidemiológica.

La notificación inmediata de muerte materna, se realizará siguiendo el flujo grama establecido en la presente Directiva Sanitaria (Anexo 04), para lo cual deberá seguir los siguientes pasos: El proceso de notificación se inicia en el establecimiento de salud donde ocurrió la muerte siguiendo los pasos: se procede al llenado de la ficha de notificación inmediata de muerte materna (FNIMM), y se remite a la micro red, donde se realiza el primer control de calidad; si hay conformidad se digita en la Base de



Datos y se envía el archivo a la red correspondiente. En la red se realiza el control de calidad de los datos de la FNIMM, si está conforme, se procede a digitar los datos en el aplicativo NOTI SP; ésta base es remitida a la DISAIDIRESA para el consolidado de la notificación con el control de calidad respectivo, para que luego se genere la base de datos del nivel regional, y sea remitido al Centro de Control y Prevención de Enfermedades del Perú (CDC), Dirección General de Epidemiología en el plazo establecido. A nivel de micro red, red, DISAIDIRESA, Dirección General de Epidemiología se generan reportes mensuales de la notificación de muertes maternas, para los análisis de información en los comités de prevención de muerte materna y perinatal de los niveles local, regional y nacional y que esta información sirva para la toma de decisiones en los diferentes niveles

Investigación epidemiológica de muerte materna:

Procedimientos generales

Toda muerte materna notificada debe ser investigada en forma obligatoria, aplicando la FIEMM. La investigación debe iniciarse en el establecimiento de a O. salud en donde ocurrió la muerte y estará a cargo del responsable de epidemiología. En caso de una muerte materna extra institucional, la investigación será realizada por el responsable de epidemiología de la jurisdicción del establecimiento de salud, donde ocurrió la muerte.

Los plazos para el envío de los resultados de la investigación de cada muerte materna serán los siguientes: Del nivel local: de establecimiento de salud, a la DIRIS/CDC, será de 15 días calendario. De la DIRIS/CDC a la Dirección General de Epidemiología será de 15 días calendario. Así, el plazo para el envío de información de la investigación, a la Dirección General de Epidemiología, será de 30 días calendario a partir de la fecha de notificación inmediata de la muerte materna. 6.2.1.3 En caso de incumplimiento de los plazos establecidos en la presente Directiva Sanitaria, el nivel respectivo deberá justificarlo con un informe escrito al nivel inmediato superior.





El Director de Epidemiología de la DIRIS/CDC, o el que haga sus veces es el responsable de garantizar la calidad de la información contenida en la FIEMM.

10.4.5 SINDROME GUILLAIN BARRE

DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso sospechoso de síndrome de Guillain Barré

Toda persona que presenta debilidad muscular, simétrica, aguda y ascendente.

Caso Confirmado de Síndrome de Guillain Barré

Toda persona que presente los siguientes signos y síntomas (Nivel 3 de los criterios de Brighton).

Debilidad bilateral y flácida de los miembros; y

Reflejos tendinosos profundos disminuidos o ausentes en los miembros con debilidad; y

- Enfermedad monofásica; intervalo entre el inicio y el nadir de la debilidad entre 12 horas y 28 días; posterior fase de meseta clínica; y
- Ausencia de una causa alternativa que justifique la debilidad.
- Con o sin cumplimiento de los siguientes criterios
- Hallazgos fisiológicos compatibles con SGB.
- Líquido cefalorraquídeo con presencia de disociación albumino - citológica (nivel de proteínas mayor del valor normal de laboratorio y menos de 50 células/ mm)

Caso Descartado de Síndrome Guillain Barre: Caso sospechoso de SGB que durante la investigación se identificó otra patología. La vigilancia de SGB es de carácter obligatorio en todos los establecimientos de salud (EESS) públicos y privados, los de menor complejidad realizarán la referencia a los de mayor complejidad y éstos realizarán la notificación e investigación.

En la vigilancia de 8GB se incluirán todos los casos sospechosos de SGB incluyendo sus variantes determinada por los clínicos. En cada Hospital debe identificarse un equipo responsable de la vigilancia de SGB integrada de ser posible por profesionales de los Servicios de Neurología, Medicina interna, Infectología, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), laboratorio y Epidemiología



quienes serán responsables de la vigilancia de SGB. Este equipo garantizará la implementación y cumplimiento del presente protocolo. La implementación de la vigilancia epidemiológica de SGB en áreas de riesgo de transmisión por ZIKA, debe realizarse en forma coordinada tanto con el laboratorio institucional como Regional, que le permita clasificar el caso.

PROCESOS DE LA NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y SEGUIMIENTO

IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN Y LLENADO DE LA FICHA

Todo caso sospecho de SGB identificado en el primer nivel de atención debe ser referido a un hospital de mayor complejidad de la región (Nivel II-2, III-1, III-2).

Todo profesional médico que identifique un caso sospechoso de SGB durante la atención en consultorios externos de Hospitales o Clínicas, Servicios de hospitalización, áreas críticas (Emergencia, UCI), deberá llenarla, Ficha Investigación Clínico Epidemiológica de SGB (Anexo 4) y comunicar inmediatamente al personal responsable de la Oficina de Epidemiología o aquel que cumpla su notificación.

Todo caso sospechoso SGB debe ser notificado por el responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en los EESS, públicos y privados del ámbito nacional ingresado al Sistema de vigilancia de SGB a la red de epidemiología dentro de las primeras 24 horas de conocido el caso, para lo cual llenará los datos en el aplicativo informático de notificación de brotes y se cargará la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de SGB que se encuentra en el portal web del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

El responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en los EESS realizará de manera diaria la búsqueda activa de casos sospechosos de SGB en salas de hospitalización (Medicina, Neurología, Infectología), Emergencia, UCI, ante un caso identificado el médico tratante deberá llenar la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológico de SGB y Ficha de Evaluación,





El responsable de epidemiología del Hospital o Clínica registrará el caso y realizará el control de calidad de la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológico de SGB, la cual será enviada a los niveles correspondientes según el flujo establecido desde el nivel local, nivel regional hasta el nivel nacional, siguiendo el flujo de la red nacional de epidemiología, bajo responsabilidad; asimismo coordinará con el equipo de apoyo de la vigilancia de SGB.

Todo caso sospechoso de SGB debe ser investigado y evaluado por el equipo de vigilancia de SGB, para confirmar o descartar el caso.

En la investigación se incluyen una anamnesis dirigida, examen neurológico minucioso, varios exámenes de laboratorio e imágenes, siendo. Los procedimientos especiales de punción lumbar con el estudio de líquido cefalorraquídeo y la electrofisiología. El cumplimiento de los criterios de Brighton para la definición de caso de SGB permite determinar el nivel de certeza diagnóstica de SGB, lo cual se muestra en el Anex01. Los laboratorios de Hospitales Referenciales deben estar en la capacidad de procesar las muestras de líquido cefalorraquídeo para determinar su celularidad y nivel de proteínas, para con ello definir la existencia o no de disociación albumino-citológica para la clasificación de caso.

La investigación para la determinación del probable agente etiológico de SGB queda bajo consideración del médico tratante, puede incluirse por ejemplo pruebas de serología para *Campylobacter jejuni*, *Haemophilus influenzae*, Virus Epstein-Barr (VEB), Citomegalovirus (CMV), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Virus Herpes Simple (VHS), Virus Hepatitis B (VHB), u otras; asimismo ante la alta sospecha de infección previa por el virus dengue, virus Chikungunya o Zika.

La evolución electrofisiológica será realizada a partir del séptimo día del inicio de síntomas y luego de 2 semanas de la misma, debiendo ser realizada por profesional entrenado

El seguimiento de caso sospechoso de SGB en un EESS será realizado por el médico tratante, para lo cual actualizará la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológico de SGB completando los datos faltantes y enviándolos a la Oficina de Epidemiología de cada hospital o aquella que cumpla la misma función en las clínicas en un plazo máxima de 3 semanas, permitiendo confiar o descartar el diagnóstico de SGB. Las



evaluaciones neurológicas serán registradas en la Ficha de Evaluación y Seguimiento de SGB.

En caso de fallecimiento antes de confirmación de caso SGB se plantea la revisión del caso por un comité de expertos para su clasificación, para lo cual el EESS deberá enviar el expediente del caso que incluye la historia clínica completa de los EESS donde recibió atención.

10.4.6 MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

DEFINICIONES OPERATIVAS

MORTALIDAD PERINATAL

Caso Centinela de Muerte Perinatal:

Casos que pueden ser poco frecuentes, pero de marcada relevancia, que implican la necesidad de un análisis estricto y particular, para tomar decisiones de mejora en los niveles operativos. Son casos centinela:

- Óbito de RN con peso igual o mayor a 2500 gramos.
- Muerte por prematuridad en RN con más de 1500 gr.
- Recién nacido por cesárea programada, que no sea por Pre eclampsia severa o Eclampsia, Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU), cardiopatía; y que pesa al nacer menos de 2500 gr. o que desarrolla Enfermedad de Membrana Hialina.

Recién Nacido o Neonato:

Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad. Se considera nacido vivo, cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o da señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, y esté o no desprendida la placenta.

Muerte Perinatal:

Muerte intra o extrauterina de un producto de la concepción, desde las 22 semanas (154 días) de gestación hasta los 7 días completos después del nacimiento, peso igual o mayor a 500 gramos o talla de 25 cm o más de la coronilla al talón. El orden para aplicar estos criterios es el siguiente: peso al nacer, edad gestacional, talla coronilla al talón.



Muerte Fetal:

Es la defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos. La muerte fetal está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Muerte Neonatal

Es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida.

Muerte Neonatal Precoz

Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre entre el nacimiento y los primeros 7 días de vida.

Muerte Neonatal Tardía

Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre desde el octavo día de vida hasta que complete los 28 días de vida.

Bajo Peso al Nacer

Característica del recién nacido (vivo o muerto), que pesa al nacer menos de 2500 gramos. La medición se realiza al momento del nacer o dentro de las primeras 24 horas de vida del RN, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido.

Recién Nacido Prematuro:

Es el recién nacido vivo con edad gestacional menor de 37 semanas ó 259 días.

Complicaciones Neonatales: En el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal (SSVEPN), se considera complicaciones neonatales bajo vigilancia a las siguientes entidades nosológicas:

- Asfixia del Nacimiento
- Dificultad Respiratoria Neonatal y
- Sepsis Bacteriana del recién nacido.

Estas son las complicaciones más frecuentes e importantes predictores de posterior mortalidad y discapacidad.



Caso probable de Asfixia del nacimiento:

Recién nacido con diagnóstico médico de Asfixia (hipoxia) y persistencia de un puntaje de Apgar de 0 a 3 a los 5 minutos.

Caso confirmado de Asfixia del nacimiento:

Recién nacido con diagnóstico probable de Asfixia (hipoxia) y acidemia metabólica o mixta profunda ($\text{pH} < 7$) en una muestra de sangre arterial de cordón umbilical durante la primera hora de nacido y/o secuelas neurológicas clínicas en el periodo neonatal inmediato que incluyen convulsiones, hipotonía, coma o encefalopatía hipóxico-isquémica.

Caso Probable de Dificultad Respiratoria Neonatal:

Recién nacido que presenta al mismo tiempo los siguientes 3 signos:

- Aleteo nasal,
- Tiraje subcostal/intercostal, y
- Quejido espiratorio;
- Con presencia o ausencia de cianosis.

Caso confirmado de Dificultad Respiratoria Neonatal:

Recién nacido con diagnóstico probable de Dificultad Respiratoria, asociado a estudios radiológicos.

Caso probable de Sepsis Bacteriana del Recién Nacido:

Recién nacido que presenta:

- Dos o más de los siguientes signos: Dificultad respiratoria, inestabilidad cardiopulmonar, ictericia, hiper o hipotermia, con o sin convulsiones, visceromegalia, cianosis y/o piel marmórea y/o trastornos gastrointestinales, vómito porráceo y/o íleo, y presenta además b) y c),
- Uno o más factores de riesgo asociados para sepsis, y
- Al menos una de los siguientes resultados de laboratorio:
 - Recuento de leucocitos anormales,
 - Relación neutrófilos inmaduros/neutrófilos totales $> 0,16$ (en las primeras 24 horas),
 - VSG aumentada,
 - Proteína C reactiva positiva y
 - Otros métodos de ayuda diagnóstica positivos como radiografía.



**Caso confirmado de Sepsis Bacteriana del recién nacido:**

Recién nacido con diagnóstico probable de sepsis bacteriana y aislamiento del germen patógeno en cultivo de sangre o líquido céfalo raquídeo u orina.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Las estrategias de vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal deberán implementarse siguiendo los siguientes procedimientos:

DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA UNIVERSAL DE LA MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL**Recolección de información**

En el nivel local (Establecimientos de salud) se realizará la detección y notificación de las muertes fetales y neonatales.

La Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal (Anexo 1), consta de los siguientes datos básicos: Identificación, sexo, edad gestacional, fecha y hora de nacimiento, fecha y hora de defunción, peso al nacer, tipo de muerte (fetal o neonatal), causa básica de muerte, horas y días de estancia hospitalaria, lugar de parto, momento de ocurrencia de la muerte y lugar de la muerte.

Para el llenado de la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal en los establecimientos de salud, se utiliza las siguientes fuentes de información: Libros y registros de muertes fetales y neonatales, libros de atención de partos, certificados de defunción, base de datos del SIS, historias clínicas, libros de atención de emergencias, libros de reportes operatorios, libros de hospitalización de los servicios de pediatría, UCI neonatal y neonatología, libro de egresos y otros disponibles.

Para las muertes ocurridas en el hogar o la comunidad, las fuentes de información podrán ser las entrevistas a los familiares y responsables de la atención del neonato, el agente comunitario de salud, partera u otra persona de la comunidad.

Es función de los responsables de vigilancia epidemiológica en cada establecimiento de salud el llenado de la Ficha y la notificación obligatoria de todas las muertes fetales y neonatales, que lo realiza en coordinación con el personal que atiende a la madre y el recién nacido. Las muertes que ocurran en el hogar o comunidad, reportadas al establecimiento de salud (por medio escrito o verbal), también serán de notificación obligatoria.





El control de calidad de los datos consignados en la ficha de notificación está a cargo del pediatra o neonatólogo, miembro del Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal del hospital, de ser el caso, o de los Comités en Redes y Micro redes cuando las muertes ocurran en otros establecimientos de salud o comunidad.

El Director(a) o Jefe(a) del establecimiento de salud es responsable de garantizar el cumplimiento de la notificación de las muertes fetales y neonatales, la emisión de reportes periódicos y de la aplicación de las medidas correctivas para la prevención de las muertes evitables.

Los responsables de vigilancia epidemiológica en **todos los establecimientos de salud remitirán la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal** según el flujo regular de la notificación obligatoria semanal. Para la consistencia de la información de muertes fetales y neonatales notificadas por el SSVEPN, los responsables de la vigilancia epidemiológica de la micro red y red, realizarán.

DE LA VIGILANCIA CENTINELA BASADA EN HOSPITALES

Recolección de datos

Los datos a ser notificados serán recolectados mediante revisión de los registros administrativos hospitalarios:

Registro de atención de emergencias, registro de muertes fetales y neonatales, registro de atención de partos, historia clínica, formulario de historia clínica del Sistema de Información Perinatal (SIP 2000), libro de reportes operatorios, registros de hospitalización de los servicios de pediatría o neonatología, registros de UCI Neonatal, Sistema de Egresos Hospitalarios, reportes de la base de datos del SIS y otros disponibles.

- La notificación de los casos e indicadores hospitalarios objeto de vigilancia centinela, se realizará en forma de datos agrupados (consolidados), a través de la Ficha de Notificación Mensual de Complicaciones Neonatales e Indicadores de Respuesta de la Atención Obstétrica y Neonatal, que se adjunta en el Anexo 2. Matriz BABIES, es una herramienta de análisis que cruza las variables de edad en
- La Oficina de Epidemiología del Hospital o la que haga sus veces, es responsable del llenado de la Ficha de Notificación Mensual. Los datos deberán ser consignados en forma completa y clara.



- El Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal será responsable del control de calidad de los datos a ser notificados, en coordinación con la Oficina de Epidemiología en cada nivel del SSVEPN.
- En los Hospitales centinela, además del análisis clínico y epidemiológico de las muertes neonatales institucionales se realizará, la investigación de los siguientes casos centinela:
 - Muerte por prematuridad en recién nacido con más de 1500 gramos de peso.
 - Nacimiento de un neonato por cesárea programada, que no sea por Pre eclampsia severa o Eclampsia, Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU), cardiopatía; y que pesa al nacer menos de 2500 gr o que desarrolla Enfermedad de Membrana Hialina.

Investigación epidemiológica

En todos los niveles del sistema, deberá priorizarse los siguientes temas de investigación epidemiológica⁹: i) determinación de la prevalencia de RN que inician la Lactancia Materna Exclusiva antes de la primera hora post parto, ii) prevalencia y factores asociados al cumplimiento de tratamiento de anemia en gestantes, iii) prevalencia y factores asociados con la recuperación de peso de los recién nacidos al décimo día de vida, iv) Determinantes del bajo peso al nacer y la prematuridad.

El MINSA, la DIRESA/CDC o la que haga sus veces en el ámbito regional, fomentarán el desarrollo de investigaciones en temas de salud materno perinatal y neonatal, a diversos niveles.

La Dirección General de Epidemiología y sus homólogos en las DISAS, DIRESA/CDC o las que hagan sus veces en el territorio regional, brindarán asistencia técnica para la formulación, gestión del financiamiento y ejecución de las propuestas de investigación que se generen.





BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud. Consulta sobre los principios actuales de los sistemas de vigilancia sanitaria 24-25 de febrero. Washington, DC: OPS; 2010.
2. Compendio de definiciones de caso de Enfermedades y eventos sujetos a vigilancia Epidemiológica –DGE 2011
3. J. Bolarte, A. Whittombury. Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública en el Perú. DGE Mayo 2011.
4. Boletín - Inst Nac Salud 2007; 13 (11-12) noviembre – diciembre
5. Boletín epidemiológico MINSA Perú semana 16-2016
6. ASIS Hospital Cayetano Heredia año 2015
7. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de enfermedades zoonóticas, ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS Y EPIZOOTIAS Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/normas/2015/RM351-2015-MINSA.pdf>
8. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de sífilis materna y sífilis congénita [Internet]. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/normas/2015/RM127-2015-MINSA.pdf>
9. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Directiva sanitaria que establece la notificación de investigación para la vigilancia epidemiológica de muerte materna [Internet]. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/normas/2016/RM778-2016-MINSA.pdf>
10. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Norma técnica de salud para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras arbovirosis en el Perú [Internet]. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/normas/2016/NT125-MINSA-2016-CDC-INS.pdf>
11. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Protocolo sanitario de urgencia para vigilancia de Síndrome de Guillain Barre [Internet]. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/normas/2016/RVM026-2016-MINSA.PDF>





12. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019].: Norma técnica de salud que establece la vigilancia epidemiológica en salud pública de factores de riesgo de exposición o intoxicación a metales pesados o metaloides [Internet]. Available from:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/normas/2015/RM006-2015-MINSA.pdf>
13. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) [Internet]. Available from:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/normas/2014/RM1024-2014-MINSA.pdf>
14. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de poliomielitis /parálisis flácida aguda [Internet]. Available from:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/normas/2014/RM931-2014-MINSA.pdf>
15. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Guía técnica para la investigación y control de brotes de enfermedad transmitida por alimentos [Internet]. Available from:
<http://www.dge.gob.pe/normas/2014/RM683-2014-MINSA.pdf>
16. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) [Internet]. Available from:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/normas/2014/RM1024-2014-MINSA.pdf>
17. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI) [Internet]. Available from: <http://www.dge.gob.pe/normas/2014/RM063-2014-MINSAESAVI.pdf>
18. DGE: Dirección General de Epidemiología [Internet]. Perú: DGE ;2015 [citado 1 marzo 2019]. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y otras enfermedades febriles eruptivas [Internet]. Available from:
<http://www.dge.gob.pe/normas/rm/2012/RM800-2012.pdf>

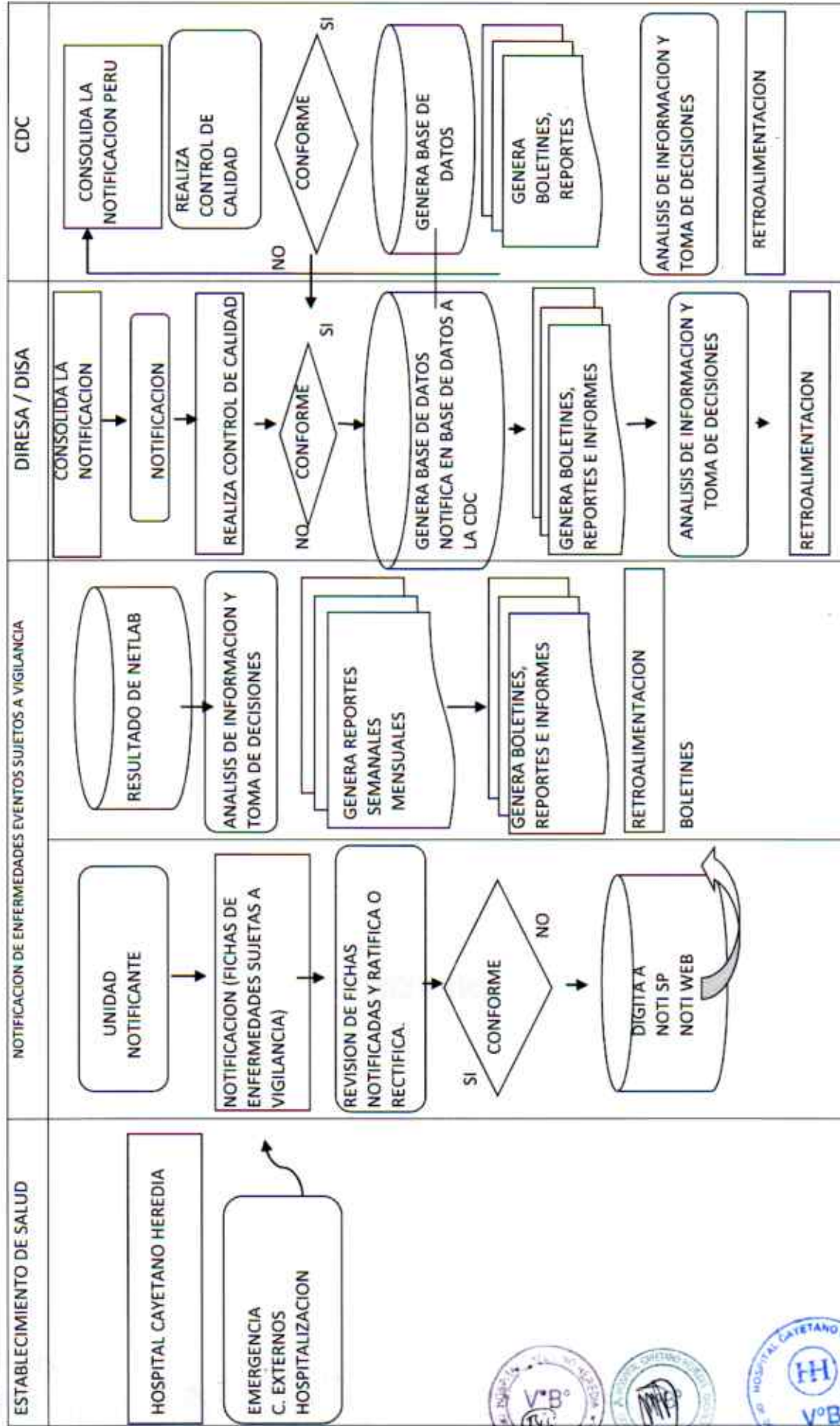




ANEXOS

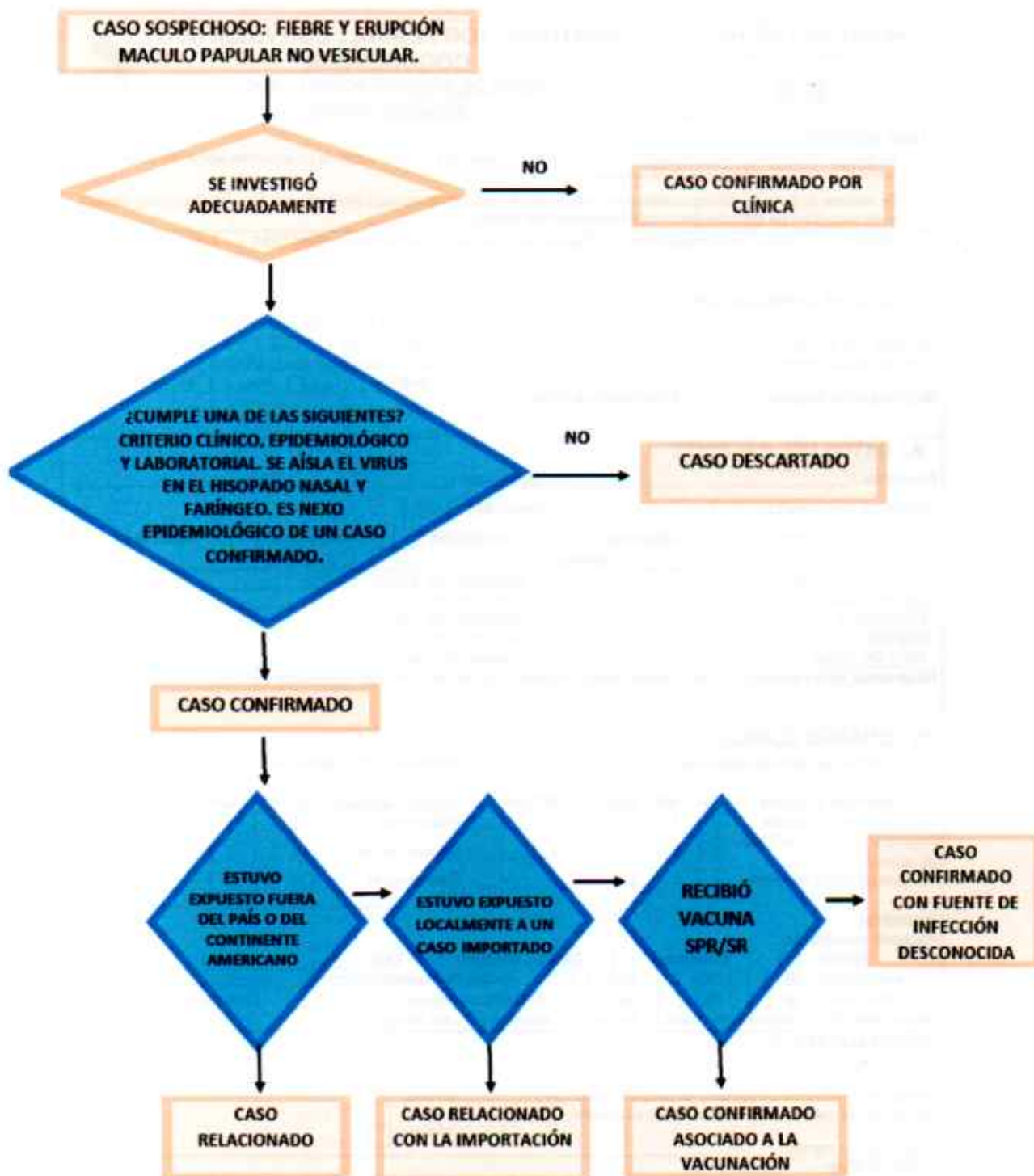


FLUJOGRAMA DE NOTIFICACION DE ENFERMEDADES Y EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA





FLUJOGRAMA SARMPIÓN/RUBEOLA





Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

ANEXOS FICHAS EPIDEMIOLÓGICAS

A37 TOS FERINA

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA		PERTUSIS, TOS FERINA, CONVULSIVA O COQUELUCHE FICHA DE INVESTIGACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA							
Caso probable: - En mayores de 3 meses: niño con cuadro de los por más de 2 semanas y con uno o más de los siguientes signos: los paroxística o "estridor" respiratorio o vómitos después de la tos. - En menores de 3 meses: niño con cuadro clínico inespecífico de infección de vía respiratoria alta, que llega hasta el apnea y cianosis, desencadenados por estímulos (lactancia o alimentación por ejemplo).									
COGIGO	Fecha conocimiento local	Fecha investigación	Fecha conocimiento DISA	Fecha conocimiento nacional					
I. DATOS GENERALES									
DISA _____			Fecha de notificación: ____/____/____						
Nombre del establecimiento _____			Tipo: Hosp. [] C.S. [] P.S. []						
UTES/UBAS/ZONADIS/RED _____			Inst. Administrativa: MINSA [] EsSalud []						
Notificación Regular ☐			Búsqueda Activa ☐						
			PNP [] FAA [] Priv. [] OTRO []						
			Otro _____						
II. DATOS DEL PACIENTE									
Nombres : _____			Apellidos: _____						
Fecha de nacimiento: ____/____/____			Sexo: M [] F []						
Estado civil: Soltero(a) [] Casado(a) []			Conviviente [] Separado(a) [] Viudo(a) []						
Ocupación: _____			Tiempo: _____ Telefono _____						
DATOS DEL DOMICILIO			NOMBRE DE ZONA _____						
DEPARTAMENTO _____			TIPO DE VIA _____						
PROVINCIA _____			NOMBRE DE VIA _____						
DISTRITO _____			INT/DEP/LOTE _____						
TIPO DE ZONA _____			Número /Km./Mz. _____						
Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, contratante, etc)									
III. CUADRO CLINICO									
Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____			SEMANA EPIDEMIOLOGICA ☐						
Síntomas y signos	SI	NO	IGN	FECHA	Complicaciones	SI	NO	IGN	FECHA
Tos paroxística ruidosa	[]	[]	[]	____/____/____	Neumonía	[]	[]	[]	____/____/____
Inspiración ruidosa al Final de acceso	[]	[]	[]	____/____/____	Deshidratación	[]	[]	[]	____/____/____
Vómitos después de la tos	[]	[]	[]	____/____/____	Desnutrición	[]	[]	[]	____/____/____
					Otra				____/____/____
Atención:									
Paciente atendido por:									
Médico [] Enfermera [] Técnico Sanitario [] Otro _____									
Hospitalizado SI [] NO [] IGN [] Fecha de Hospitalización ____/____/____									
Tx Antibiótico SI [] NO [] IGN [] Antibiótico recibido _____ Dias de tx ATB _____									
Hisopo utilizado alginato de calcio () dacron () algodón () otro hisopo ()									
HOSPITALIZACION									
SI ☐ NO ☐ FECHA ____/____/____ Hospital _____ H.C. _____									
Tiempo de Enfermedad al momento de hospitalización _____ (en dias)									
Tiempo en ser trasladado al hospital desde su domicilio _____ Horas ☐									
Minutos ☐									
Diagnóstico de Ingreso: 1									
EVOLUCIÓN:									
Condición de Egreso									
Alta / Recuperado ☐									
Dx _____									
Fecha ____/____/____									
Fallecido ☐									
Necropsia SI ☐ NO ☐									
Dx macroscópico _____									
Dx microscópico _____									
Fecha ____/____/____									





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

IV. ANTECEDENTE DE VACUNA																																	
¿En qué establecimientos de salud fue vacunado?																																	
Carné de vacunación	Tiene	☐																															
BCG	RN	☐	6 Años	☐	No Tiene	☐																											
ANTIPOLIO	1 ^{ra}	☐	2 ^{da}	☐	3 ^{ra}	☐	D.A.N.	☐																									
ANTISARAMPION	1 ^{ra}	☐		☐	1 ^o Ref	☐																											
PENTA / DPT	1 ^{ra}	☐	2 ^{da}	☐	3 ^{ra}	☐	1 ^o Ref. DPT	☐	2 ^o Ref. DPT	☐																							
Fecha de última dosis: ____/____/____																																	
V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS																																	
POSIBLES FUENTES DE CONTAGIO																																	
Viaje en los 12 días antes de enfermar	SI	NO	IGN	NOMBRE			LUGAR																										
Visita recibida 12 días antes de inicio de enfermedad	☐	☐	☐																														
Hay otro caso de tos convulsiva en la zona	☐	☐	☐																														
Estuvo hospitalizado 12 días antes	☐	☐	☐																														
Hemograma:	Linfocitos	Neutrofilos	Abastionados	Segmentados																													
	Eosinofilos	Basofilos	Monocitos																														
Reacción	Leucemoide	Si ()	No ()																														
Observaciones																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Contactos en domicilio (menores de 15 años)</th> <th>EDAD</th> <th>SEXO</th> <th>VACUNADO</th> <th>CON TOS</th> <th>HOY</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>M ☐ F ☐</td> <td>SI ☐ NO ☐</td> <td>SI ☐ NO ☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>M ☐ F ☐</td> <td>SI ☐ NO ☐</td> <td>SI ☐ NO ☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>M ☐ F ☐</td> <td>SI ☐ NO ☐</td> <td>SI ☐ NO ☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>										Contactos en domicilio (menores de 15 años)	EDAD	SEXO	VACUNADO	CON TOS	HOY	_____	_____	M ☐ F ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	☐	_____	_____	M ☐ F ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	☐	_____	_____	M ☐ F ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	☐
Contactos en domicilio (menores de 15 años)	EDAD	SEXO	VACUNADO	CON TOS	HOY																												
_____	_____	M ☐ F ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	☐																												
_____	_____	M ☐ F ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	☐																												
_____	_____	M ☐ F ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	☐																												
OTROS CONTACTOS																																	
CONTACTO EN EL ESTABLECIMIENTO																																	
NOMBRES		VACUNADO		LUGAR																													
		SI NO																															
		☐ ☐																															
		☐ ☐																															
		☐ ☐																															
VI. MEDIDAS DE CONTROL																																	
VACUNACIÓN A ACONTACTOS DOMICILIARIOS				SI	NO	FECHA DE VACUNACIÓN																											
				☐	☐	____/____/____																											
VACUNACIÓN EN CENTRO EDUCATIVO				☐	☐	____/____/____																											
VACUNACIÓN CERCANA LA CASO				☐	☐	____/____/____																											
OTRAS:																																	
VII. LABORATORIO [Para ser llenado por el laboratorio]																																	
Laboratorio que recepciona						Fecha ____/____/____																											
Tipo de muestra						Adecuada ☐ Inadecuada ☐																											
Si no es adecuada, especificar: _____																																	
Otras:						Fecha ____/____/____																											
VIII. CLASIFICACION FINAL																																	
Fecha ____/____/____		Prueba: IFD () PCR ()																															
Tos ferina: CONFIRMADO ☐		POR: A LABORATORIO		SI	☐	NO	☐																										
DESCARTADO ☐		B ANATOMÍA PATOLÓGICA		SI	☐	NO	☐																										
		C CLÍNICA		SI	☐	NO	☐																										
Dx de Descarte																																	
IX. INVESTIGADOR DE CAMPO																																	
Nombre _____																																	
Cargo _____ Establecimiento _____																																	
Fecha de notificación: ____/____/____ Firma _____																																	

Dirección General de Epidemiología - MINSA
web: www.dge.gob.pe; correo: notificacion@dge.gob.pe
Telefax: 01-461 4347
Daniel Olachea 199 Jesus Maria Lima 11
INFOSALUD 0800-10828





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

Parálisis Flácida Aguda

 Ministerio de Salud			FICHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA VIGILANCIA DE PARALISIS FLACIDA AGUDA (P.F.A.)																																																																																								
Nro. ficha	Fecha de conocimiento local	Fecha de Investigación	Fecha notificación EE CC a Red/Microred	Fecha notificación Red/Microred a DISA	Fecha de notificación de DISA a DGE																																																																																						
1. REGISTRO: N° de orden nacional: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____			2. DATOS PERSONALES Nombre del paciente: _____ Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo () F () DN: _____ Padre: _____ Madre: _____ Residencia permanente: _____ Teléfono: _____ Residencia provisional: _____																																																																																								
3. CONOCIMIENTO DEL CASO () Notificación () Búsqueda activa			PRIMER NOTIFICANTE (persona que vio el caso por primera vez) Institución/ Establecimiento de Salud: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____																																																																																								
4. CUADRO CLINICO																																																																																											
Fecha inicio síntomas generales (prodrómicos) ____/____/____		Semana epidemiológica N° ____ Fecha de la fiebre al inicio ____/____/____ Fecha de la deficiencia motora: ____/____/____ N° días con parálisis (o tiempo en que parálisis se instala totalmente): ____ Progresión de parálisis: Ascendente () Descendente () Mixta ()		Fecha de examen físico: _____ Realizado por: _____ Diagnóstico inicial 1. _____ 2. _____																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>DESC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tos</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Fiebre</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Estreñimiento</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Vómitos</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Diarrea</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table>			SI	NO	DESC	Tos	()	()	()	Fiebre	()	()	()	Estreñimiento	()	()	()	Vómitos	()	()	()	Diarrea	()	()	()	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Paresia</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Parálisis</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Pares craneal</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Flacidez</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Cuclilla</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Asimetría</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Sensibilidad</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table>			SI	NO	IGN	Paresia	()	()	()	Parálisis	()	()	()	Pares craneal	()	()	()	Flacidez	()	()	()	Cuclilla	()	()	()	Asimetría	()	()	()	Sensibilidad	()	()	()	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIM</th> <th>AUS</th> <th>NORM</th> <th>IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Fuerza muscular</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Miembro superior izquierdo</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro superior derecho</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro inferior izquierdo</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro inferior derecho</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table>			DIM	AUS	NORM	IGN	Fuerza muscular					Miembro superior izquierdo	()	()	()	()	Miembro superior derecho	()	()	()	()	Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()	Miembro inferior derecho	()	()	()	()
	SI	NO	DESC																																																																																								
Tos	()	()	()																																																																																								
Fiebre	()	()	()																																																																																								
Estreñimiento	()	()	()																																																																																								
Vómitos	()	()	()																																																																																								
Diarrea	()	()	()																																																																																								
	SI	NO	IGN																																																																																								
Paresia	()	()	()																																																																																								
Parálisis	()	()	()																																																																																								
Pares craneal	()	()	()																																																																																								
Flacidez	()	()	()																																																																																								
Cuclilla	()	()	()																																																																																								
Asimetría	()	()	()																																																																																								
Sensibilidad	()	()	()																																																																																								
	DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																							
Fuerza muscular																																																																																											
Miembro superior izquierdo	()	()	()	()																																																																																							
Miembro superior derecho	()	()	()	()																																																																																							
Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()																																																																																							
Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																																							
Signos Dolor muscular () () () () Cefalea () () () () Mening () () () () Breve descripción del sensorio, marcha, parálisis: _____		Parestesia () () () () Batañed () () () () Localización parálisis: SI NO IGN Prox Dist.		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIM</th> <th>AUS</th> <th>NORM</th> <th>IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tono muscular</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Miembro superior izquierdo</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro superior derecho</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro inferior izquierdo</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Miembro inferior derecho</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> <tr><td>Músculos cervicales</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td><td>()</td></tr> </tbody> </table>			DIM	AUS	NORM	IGN	Tono muscular					Miembro superior izquierdo	()	()	()	()	Miembro superior derecho	()	()	()	()	Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()	Miembro inferior derecho	()	()	()	()	Músculos cervicales	()	()	()	()																																																			
	DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																							
Tono muscular																																																																																											
Miembro superior izquierdo	()	()	()	()																																																																																							
Miembro superior derecho	()	()	()	()																																																																																							
Miembro inferior izquierdo	()	()	()	()																																																																																							
Miembro inferior derecho	()	()	()	()																																																																																							
Músculos cervicales	()	()	()	()																																																																																							
				Reflejos <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIM</th> <th>AUS</th> <th>NORM</th> <th>IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																	
	DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																							





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

MDI	() () () () () () () ()	Miembro superior izquierdo	() () () () () () () ()
MDD	() () () () () () () ()	Miembro superior derecho	() () () () () () () ()
MII	() () () () () () () ()	Miembro inferior izquierdo	() () () () () () () ()
MID	() () () () () () () ()	Miembro inferior derecho	() () () () () () () ()
SI NO		Signos irritación meníngea	AUS PRES IGN
Muscul. respiratorios	() () ()	Rigidez de nuca	() () ()
Muscul. cervicales	() () ()	Kerning	() () ()
Otros: Cara lado (Der) (Izq)		Brudzinski	() () ()
		Lasegue	() () ()

5. HOSPITALIZACIÓN: SI ☐ NO ☐ Fecha de internamiento ____/____/____ Hospital: _____
Servicio: _____ N° historia clínica: _____ N° Cama: _____ Ciudad: _____

6. FALLECIDO: SI ☐ NO ☐ Fecha: ____/____/____ Causa: _____
Informe necropsia: _____

7. ANTECEDENTES DE VACUNA ANTIPOLIO
Vacunado SI ☐ NO ☐ IGN ☐ N° dosis recibidas: ____ Verificada con carne SI ☐ NO ☐ Fecha última dosis recibida: ____
Establecimiento donde fue vacunado: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

8. DATOS DE LABORATORIO:

Muestra	Fecha obtención	Fecha de envío a INS	Fecha resultado Fio Cruz	Agente aislado	Observaciones
Heces 1	____/____/____	____/____/____	____/____/____		
Heces 2	____/____/____	____/____/____	____/____/____		

9. FUENTE PROBABLE DE INFECCIÓN:
a) Viajes realizados en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [SI] A donde: _____ [No]
b) Visitas recibidas en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [SI] De donde: _____ [No]
c) Existen otros casos semejantes en el área [SI] [No] [No sabe]

10. CADENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Instrucciones: Identificar el caso primario, luego:
a) Tomar como referencia la fecha de inicio de parálisis del caso. b) Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 45 días antes y 45 días después del inicio de la parálisis. c) Enumerar en orden cronológico en la siguiente tabla. d) Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 60 días a partir de su captación, para los que inician parálisis se apertura nueva ficha.

Nombre	Edad	N° dosis recibida	Fecha última dosis	Fecha colecta heces	Fecha envío	Fecha resultado	Resultado aislamiento
1							
2							
3							
4							
5							

11. ACCIONES DE CONTROL (Indicar de inmediato cuando se presente UN caso probable):

Bloqueo Localidad (es): _____	Busqueda activa (otros casos similares en el área o localidades vecinas):
Fecha Inicio: _____	N° casos hallados: _____ Ingresan al sistema: _____ De descartar: _____ (no cumplen criterio): _____





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

1 año	1-4 años	5-14 años	> 15 años	TOTAL VAC	Casas abiertas (casa donde se vacunó)	Casas cerradas (sus residentes han salido)	Casas Abandonadas	TOTAL CASAS		
12. SEGUIMIENTO DE SECUELAS:					30 días	60 días	90 días	180 días		
Fecha programada					/ /	/ /	/ /	/ /		
Fecha que se realizó					/ /	/ /	/ /	/ /		
EVALUACION DEL TROPISMO					EVALUACION DE REFLEJOS					
	Segmento corporal	30 días	60 días	90 días	180 días	Segmento corporal	30 días	60 días	90 días	180 días
Fuerza muscular	Miembro superior derecho					Miembro superior derecho				
	Miembro superior izquierdo					Miembro superior izquierdo				
	Miembro inferior derecho					Miembro inferior derecho				
	Miembro inferior izquierdo					Miembro inferior izquierdo				
	Cara					Babinski				
Tono muscular	Miembro superior derecho					Músculos respiratorios				
	Miembro superior izquierdo					Comentarios:				
	Miembro inferior derecho									
	Miembro inferior izquierdo									
	Cara									
Atrofia	Miembro superior derecho									
	Miembro superior izquierdo									
	Miembro inferior derecho									
	Miembro inferior izquierdo									
	Cervicales									
Sensibilidad										
13. EVALUACION FINAL DE SECUELAS: Fecha: / /										
TIPO DE SECUELA: Ausente () LOCALIZACION: MSI () Cara ()										
Minima () MSD () Musculos cervicales ()										
Media () MI () Musculos respiratorios ()										
Grave () MID ()										
14. ELECTROMIOGRAFIA: Realizado por: _____ en: _____ Fecha: / /										
Conclusión: _____										
15. CLASIFICACION FINAL: Polio salvaje () Polio derivado de la vacuna () Polio asociado a la vacuna () Polio compatible ()										
Descartado ()										
Especificar: _____ Fecha de clasificación: / /										
16. CRITERIOS PARA CLASIFICACION: Laboratorio () Defunción () Con parálisis residual () Sin parálisis residual ()										
Descartado ()										
17. SE HA DESCARTADO: SGB () Neuritis traumática () Mielitis transversa () Tumor () Desconocido ()										
OTRO: Especificar _____										
18. INVESTIGADOR: _____ CARGO: _____ FIRMA: _____										
Fecha: / /										
19. OBSERVACIONES										





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

DIFTERIA

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA		DIFTERIA FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA		FECHA			
				CASO N°			
CASO PROBABLE: Todo caso caracterizada por laringitis o faringitis o amigdalitis y membrana adhesiva de las amígdalas, la faringe o la nariz.							
I. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE Y APELLIDOS							
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD: AÑOS	MESES	SEXO: M ☐ F ☐			
NOMBRE DE MADRE O PADRE							
DOMICILIO CON REFERENCIAS							
LOCALIDAD		DISTRITO					
PROVINCIA		DIRECCION DE SALUD					
II. FUENTE DE NOTIFICACION							
1. TIPO		2. INSTITUCION INFORMANTE					
REGISTRO NOTIFICACION INMEDIATA ☐		MINSA ☐					
BUSQUEDA ACTIVA ☐		IPSS ☐					
HIS MIS ☐		SANIDAD FF.AA. ☐					
OTRO		OTRO					
3. FUENTE		MEDICO ☐ ENFERMEDAD ☐ TECNICO SANITARIO ☐ OTRO					
NOMBRE							
DIRECCION							
PERSONA QUE HACE DIAGNOSTICO INICIAL							
ESTABLECIMIENTO QUE NOTIFICA							
III. INFORMACION CLINICA							
FECHA DE INICIO DE SINTOMAS		SEMANA EPIDEMIOLOGICA					
SINTOMAS Y SIGNOS		SI	NO	IGN			
FIEBRE		☐	☐	☐			
TOS		☐	☐	☐			
SECRECION NASAL		☐	☐	☐			
COMPROMISO FARINGEO O LARINGEO		☐	☐	☐			
PRESENCIA DE PLACAS (SEUDO MEMBRANAS)		☐	☐	☐			
OTROS LUGARES: CONJUNTIVAL		☐	☐	☐			
CUTANEA		☐	☐	☐			
OTICA		☐	☐	☐			
VAGINAL		☐	☐	☐			
DISNEA		☐	☐	☐			
ATENCION		COMPLICACIONES					
PACIENTE ATENDIDO POR		SI			NO	IGN	
MEDICO		MIOCARDITIS			☐	☐	☐
ENFERMERA		PARALISIS			☐	☐	☐
TECNICO SANITARIO		NEUROPATIA			☐	☐	☐
OTRO		OTRO			☐	☐	☐
HOSPITALIZADO		SI	NO	IGNORADO	FECHA HOSPITALIZACION		
HOSPITAL O C. SALUD		N° H. CLINICA					
TIEMPO DE HOSPITALIZACION		DIAS					
CONDICIONES DE ALTA		FECHA DE ALTA					
FALLECIDO		SI	NO	IGNORADO	FECHA DE DEFUNCION		





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

IV. ANTECEDENTES DE VACUNACION					
1ºD ☐ D.P.T. 2ºD ☐ 3ºD ☐ REF ☐					
FECHA DE ULTIMA DOSIS					
V. ANTECEDENTE EPIDEMIOLOGICO					
1. POSIBLES FUENTES DE CONTACTO					
	SI	NO	IGN	NOMBRE	LUGAR
a) VIAJE EN LOS 7 DIAS ANTES DE ENFERMAR	☐	☐	☐		
b) CASO DE DIFTERIA EN VECINDARIO	☐	☐	☐		
c) ESTUVO HOSPITALIZADO 7 DIAS ANTES	☐	☐	☐		
d) VISITA RECIBIDA 7 DIAS ANTES	☐	☐	☐		
OBSERVACIONES _____					
2. CONTACTOS EN DOMICILIO (menores de 15 años)					
EDAD	SEXO	VACUNADO	CON TOS		
	M ☐ F ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐	
	M ☐ F ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐	
	M ☐ F ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐	
3. OTROS CONTACTOS					
CONTACTO EN EL ESTABLECIMIENTO ESCOLAR O LUGAR QUE FRECUENTA					
NOMBRE	¿VACUNADO?		LUGAR		
	SI ☐	NO ☐			
	SI ☐	NO ☐			
	SI ☐	NO ☐			
VI. MEDIDAS DE CONTROL					
	SI	NO	FECHA DE VACUNACION		
a) VACUNACION A CONTACTOS DOMICILIARIOS	☐	☐			
b) VACUNACION EN ESTABLECIMIENTO ESCOLAR	☐	☐			
c) VACUNACION DE BLOQUEO EN ZONA CERCANO AL CASO	☐	☐			
OTRAS	☐	☐			
VII. LABORATORIO					
	FECHA		RESULTADO		
CULTIVO DE SECRECION FARINGEA	☐				
RECuento de GLOBULOS BLANCOS	☐				
OTRO	☐				
VIII. DIAGNOSTICO DEFINITIVO					
	FECHA				
CONFIRMADO POR:	☐	LABORATORIO	DESCARTADO POR:		
COMPATIBLE POR:	☐	CUADRO CLINICO			
IX. INVESTIGADOR DE CAMPO					
NOMBRE _____					
CARGO _____					
ESTABLECIMIENTO _____					
FECHA FIRMA _____					





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

VARICELA

PERÚ Ministerio de Salud		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA VARICELA COMPLICADA	
DEFINICIÓN DE CASO DE VARICELA COMPLICADA					
Todo caso que presente exantema maculopápulo vesicular que evoluciona a costra (con polimorfismo regional), de presentación cefálica caudal, muy pruriginosa, con o sin fiebre, y que además presenta cualquiera de las siguientes manifestaciones: sobreinfecciones de piel y partes blandas (impetigo, celulitis, absceso, fístula necrotizante, piodermis, otras); neurológicas (osteomielitis, encefalitis, meningitis, mielitis, síndrome de Guillain Barré); respiratoria (neumonía, neumonías); hematológicas (síndrome hemorrágico); visceral o diseminada (miocarditis, pericarditis, hepatitis, nefritis), u otras complicaciones, o que por el compromiso del estado general, requiera hospitalización.					
CODIGO DE REGISTRO Nº	Fecha de hospitalización	Fecha de investigación (visita domiciliar)	Fecha notificación EESS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a Dirección de Salud	Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE					
DISA/ DIRESA/ GERESA		RED		Nombre del EESS	
Captación del caso: Vigilancia pasiva ()		Vigilancia activa ()			
II. DATOS DEL PACIENTE					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres	
Fecha de nacimiento		Edad		Sexo M [] F []	
Nombre de la madre/tutor		Tel/Celular			
Domicilio actual:					
Departamento		Nombre de zona			
Provincia		Tipo de vía (Av. Jr. Calle Psj. Otro)			
Distrito		Nombre de vía			
Localidad		Número/Km./Mz.			
Referencia para localizar:					
III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN:					
Departamento		Nombre de zona			
Provincia		Tipo de vía (Av. Jr. Calle Psj. Otro)			
Distrito		Nombre de vía			
Localidad		Número/Km./Mz.			
¿En las últimas 2 a 3 semanas estuvo en contacto con otro caso de varicela? (Si) (No) (Ignorado)					
Dónde:	Nombre del lugar	Dirección	N° contactos		
			Enve	Ed	
Casa	()				
Nido/guardería	()				
Colegio	()				
Universidad/Instituto	()				
Centro de trabajo	()				
Establecimiento de salud	()				
Otros (especificar)	()				
Este caso tuvo contacto con gestante (Si) (No) en qué fecha: ____/____/____					
Semanas de gestación en que sucedió el contacto []					
IV. CUADRO CLÍNICO					
Fecha inicio erupción de lesiones dérmicas: ____/____/____		Fecha inicio de fiebre: ____/____/____		N° días duración: ()	
Tipo de lesión dérmica: macula () pápula () vesícula () costra ()		Temperatura: ____ °C			
Complicaciones: (Si) (No)					
Sobreinfección de piel y partes blandas ()		Neurológicas ()			
Respiratorias ()		Hemorrágicas ()			
Otras (especificar):					





Condición de riesgo: (Si) (No)	Malformación congénita	()					
Inmunosupresión ()	Desórdenes metabólicos	()					
Asma ()	Enfermedades reumatológicas	()					
Cáncer ()	Enfermedades cardíacas	()					
Costante: ()	Otras (especificar)	()					
N° semanas de gestación []							
Condición de egreso del paciente							
Alta médica ()	Alta voluntaria ()	Referto ()					
Fallecido ()		Fecha ____/____/____					
Referto a:							
Causa de muerte:							
VI. ANTECEDENTES DE VACUNACION							
Solo considerar dosis de vacuna con componente antivariola:							
Número de dosis recibida _____	Fecha de última dosis: ____/____/____	Fuente de verificación: _____					
VII. LABORATORIO							
- No está indicado la obtención de muestra rutinaria para diagnóstico de varicela, dado que ésta es eminentemente clínico. - Las muestras de laboratorio SOLO se indican en casos complicados graves en los que no se tenga certeza del diagnóstico clínico.							
Tipo de muestra	Fecha de obtención de 1ª muestra	Fecha envío EE SS, Red I, Mixto	Fecha envío Red I, Mixto a LRR	Fecha envío LRR a INS	Fecha emisión resultado INS	Resultado	Observaciones
Suero	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____		
Hicopado de vesícula	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____		
X. OBSERVACIONES							
Nombre de la persona que investiga el caso: _____ Teléfono: _____							
Cargo: _____ email: _____							
Firma: _____							

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Ministerio de Salud
Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe - Teléfonos: 01 - 831 - 4500, Calle Daniel O'Hea 199, Jesús María - Lima 11

INFOSALUD 0800-108728

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefonía





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

SARAMPION - RUBEOLA

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA		VIGILANCIA DE SARAMPION Y RUBEOLA FICHA CLINICO EPIDEMIOLOGICA			
SARAMPION ☐		RUBEOLA ☐			
CASO PROBABLE Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampion o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción maculo papular generalizada, NO vesicular.					
CODIGO	Fecha de conocimiento local	Fecha de investigación	Fecha notificación EE SS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a DISA	Fecha de notificación de DISA a OGE
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE					
DISA _____ RED _____ Nombre del establecimiento _____					
Conocimiento del Caso: Notificación regular _____ Búsqueda activa _____ Defunción _____					
II. DATOS DEL PACIENTE					
Nombres: _____ Apellidos: _____					
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Años / Meses M () F () Nombre de la madre: _____					
Domicilio actual:					
Departamento _____			Nombre de zona _____		
Provincia _____			Tipo de vía _____ Av. Jr. Calle Psj. Otro _____		
Distrito _____			Nombre de vía _____		
Localidad _____			Número Km./Mz. _____		
Tipo de zona Urb. PPJU COOP. otro _____			Int/Dep/Lote _____		
			Teléfono _____		
Referencia para localizar (iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, empleador, etc) _____					
III. LUGAR PROBABLE DE INFECCION					
Departamento _____			Nombre de zona _____		
Provincia _____			Tipo de vía _____ Av. Jr. Calle Psj. Otro _____		
Distrito _____			Nombre de vía _____		
Localidad _____			Número Km./Mz. _____		
Tipo de zona Urb. PPJU Coop. otro _____			Int/Dep/Lote _____		
IV. CUADRO CLINICO					
Fiebre (Si) (NO) N° días de duración ()			Fecha inicio erupción maculo papular _____		
Temperatura () Fecha inicio de Fiebre _____			N° días de duración ()		
Síntomas / Signos			Complicaciones		
Tos	(Si) (No)	Rinorrea	(Si) (No)	Otitis media	(Si) (No)
Conjuntivitis	(Si) (No)	Artralgias	(Si) (No)	Neumonía	(Si) (No)
Agrandamiento de ganglios cervicales	(Si) (No)	Otros		Diarrea	(Si) (No)
Agrandamiento de ganglios retroauriculares	(Si) (No)			Convulsiones	(Si) (No)
Conjuntivitis	(Si) (No)	Lactancia materna en < 1 año	(Si) (No)	Otras	
Describir la erupción (color, inicio, distribución, duración, prurito, sequedad, etc)					
Hospitalizado (Si) (No)	Fecha _____	Hospital _____	N° H.C. _____		
Fallecido (Si) (No)	Fecha _____	Causa _____			
Gestante (Si) (No)	N° semanas de gestación _____	Este caso tuvo contacto con gestante (Si) (No)			
		Semanas de gestación en que sucedió el contacto _____			
V. ANTECEDENTES VACUNALES					
Declarar considero dosis de vacuna con componente antisarampionoso (ASA, SRP, SR) documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó.					
a. Vacunado con ASA () SPR () SR () N° de dosis recibidas: _____ Fecha de la última dosis: ____/____/____					
Establecimiento de Salud donde se vacunó _____ N° Lote: _____					
b. No vacunado () c. Ignorado () (Se considera como tal si no hay carné de vacunación)					





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

VI. LABORATORIO								
Tipo de muestra	Fecha de obtención de muestra	Fecha muestra adicional		Fecha envío EE SS	Fecha envío Red / Microred a OISA	Fecha Envío OISA a INS	Fecha emisión resultado INS	Fecha recepción resultados en Epidemiología OISA
		2º	3º					
Guano								
Otra								
Residuo respiratorio								

Si muestra es inadecuada (Especificar motivo): _____

VII. CLASIFICACIÓN FINAL

Fecha de Clasificación: ____/____/____ Caso confirmado como: Sarampión () Rubéola () Descartado ()

Se confirma por: a. Laboratorio IgM Captura (+) () IgM Indirecta (-) () Post vacunal (*) ()

b. Clínico (*) ()

c. Nexo epidemiológico ()

(*) Estos casos solo podrán ser clasificados como tal luego de hacerse el estudio adicional correspondiente según lo previsto en el BORDO.

VIII. ANTECEDENTES DE CIRCULACIÓN (para ser anotado por personal de EE SS)

a. Hubo casos reportados de sarampión en los últimos 30 días en su jurisdicción (Si) (No)

b. Se han reportado otras erupciones febriles (varicela, exantema súbito, etc) en su jurisdicción (Si) (No) ¿Cuál(es)? _____

c. El paciente proviene del extranjero (Si) (No) ¿de qué País viene? _____ ¿Cuándo llegó a la localidad? _____

IX. ACTIVIDADES DE CAMPO

1. CADENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Identificar el caso primario. Instrucciones:

a). Tomar como referencia la fecha de inicio de erupción del caso. b). Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 18 días antes y 7 días después del inicio de la erupción. c). Enumerar en orden cronológico en la siguiente tabla. d). Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 18 días a partir de su captación, para los que inician erupción se apertura nueva ficha.

Fecha del contacto	Lugar de contacto: puede ser su domicilio, un colegio, etc. de una localidad o Distrito	Nombre del contacto	Edad	Vacunación con AEA, GRP o DR		Fecha inicio erupción	Fecha posterior de muestra de contacto
				Nº dosis	Fecha última vacunación		

2. ACCIONES DE CONTROL (iniciar de inmediato cuando se presente UN caso sospecho)

Bloqueo Localidad (esi) _____					Búsqueda activa (otros casos similares en el área o localidades vecinas)			
Fecha inicio: _____					Nº casos hallados _____ Ingresos al sistema _____ Se descartan _____ (no cumplen criterios)			
< 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	> 15 años	TOTAL VAC	Casos abiertos (casos donde se vacunó)	Casos cerrados (sus residentes han sido)	Casos Abandonados	TOTAL CASOS

X. OBSERVACIONES

Nombre de la persona que investiga el caso: _____

Cargo: _____ Firma: _____

Control de calidad realizado por: _____ Cargo: _____ Fecha de control: _____

Oficina General de Epidemiología - MINSA
Correo electrónico: notificacion@ogs.sld.pe Telefax: 01-4330081
Dr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

INFOSALUD 0800-10828

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefonía





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

HEPATITIS A

FICHA DE INVESTIGACION HEPATITIS																																																																																	
CASO PROBABLE SINTOMÁTICO: Individuo que cursa con fiebre, ictericia, malestar general, anorexia, náusea, vómitos, dolor abdominal (predominante en el Hipocondrio derecho), coluria, y que presenta aumento de Transaminasas hepáticas. CASO PROBABLE ASINTOMÁTICO: Individuo asintomático o con discretos malestar, sin historia clínica previa de hepatitis viral que presenta Transaminasas hepáticas elevadas. CASO CONFIRMADO: Caso probable con resultado de serología compatible con Hepatitis A, B, C ó D.																																																																																	
I. DATOS GENERALES 1. Nombre del Establecimiento que Notifica: _____ TIPO DE ESTABLECIMIENTO: HOSP. _____ CENTRO DE SALUD _____ PUESTO DE SALUD _____ MINSA _____ IPSS _____ Sanidad PNP-FA _____ Privado _____ Dirección de Salud: _____	2. Conocimiento del Caso Notificación: _____ Investigación de otro caso: _____ Defunción: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____																																																																																
II. DATOS DEL PACIENTE Nombre y apellidos: _____ Edad: ____ Años/Meses Sexo: M () F () Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Procedencia del paciente (Lugar donde estuvo viviendo 30 días antes de iniciar la enfermedad): Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Comunidad: _____ Dirección Actual: _____ Distrito: _____																																																																																	
III. ANTECEDENTES FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR HEPATITIS <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>■ Transfusiones previas</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Cuando _____</td> </tr> <tr> <td>■ Pinchazos (Jeringas, agujas)</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Cuando _____</td> </tr> <tr> <td>■ Atención dental</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Cuando _____</td> </tr> <tr> <td>■ Tratamiento acupuntura</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Cuando _____</td> </tr> <tr> <td>■ Intervención Quirúrgica</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Cuando _____</td> </tr> <tr> <td>■ Usa tatuajes</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>■ Usa drogas endovenosa</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>■ Hemodiálisis</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>■ Trabaja en Salud</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Labor que desempeña: _____</td> </tr> <tr> <td>■ Viajes recientes</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Lugar: _____ Fecha: ____/____/____</td> </tr> </tbody> </table> CONDUCTA SEXUAL: Heterosexual () Homosexual () N° de parejas sexuales: _____ Contacto con personas promiscuas, prostitutas () MENORES DE EDAD: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">IGNORA</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Antecedente domiciliario de hepatitis</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Madre con hepatitis antes del parto</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Lactancia Materna</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Edad de Abstinencia: _____</td> </tr> </tbody> </table> TIPO DE PARTO: Vaginal () Cesárea () PRODUCTO: Pre término () A término () Post término () Peso al nacer: _____ K. RESIDENCIA CON INTERNAMIENTO: Guardería () Asilo () Hospital de salud mental () Base militar () Presidio () ANTECEDENTE DE HEPATITIS VIRAL <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">IGNORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VACUNA CONTRA HEPATITIS A</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> </tbody> </table> Tipo de vacuna: _____ N° de dosis: _____ Fecha de la última dosis: ____/____/____ Documentado con carné: SI () No ()			SI	NO		■ Transfusiones previas	()	()	Cuando _____	■ Pinchazos (Jeringas, agujas)	()	()	Cuando _____	■ Atención dental	()	()	Cuando _____	■ Tratamiento acupuntura	()	()	Cuando _____	■ Intervención Quirúrgica	()	()	Cuando _____	■ Usa tatuajes	()	()		■ Usa drogas endovenosa	()	()		■ Hemodiálisis	()	()		■ Trabaja en Salud	()	()	Labor que desempeña: _____	■ Viajes recientes	()	()	Lugar: _____ Fecha: ____/____/____		SI	NO	IGNORA		• Antecedente domiciliario de hepatitis	()	()	()		• Madre con hepatitis antes del parto	()	()	()		• Lactancia Materna	()	()	()	Edad de Abstinencia: _____		SI	NO	IGNORA	VACUNA CONTRA HEPATITIS A	()	()	()	B	()	()	()	C	()	()	()
	SI	NO																																																																															
■ Transfusiones previas	()	()	Cuando _____																																																																														
■ Pinchazos (Jeringas, agujas)	()	()	Cuando _____																																																																														
■ Atención dental	()	()	Cuando _____																																																																														
■ Tratamiento acupuntura	()	()	Cuando _____																																																																														
■ Intervención Quirúrgica	()	()	Cuando _____																																																																														
■ Usa tatuajes	()	()																																																																															
■ Usa drogas endovenosa	()	()																																																																															
■ Hemodiálisis	()	()																																																																															
■ Trabaja en Salud	()	()	Labor que desempeña: _____																																																																														
■ Viajes recientes	()	()	Lugar: _____ Fecha: ____/____/____																																																																														
	SI	NO	IGNORA																																																																														
• Antecedente domiciliario de hepatitis	()	()	()																																																																														
• Madre con hepatitis antes del parto	()	()	()																																																																														
• Lactancia Materna	()	()	()	Edad de Abstinencia: _____																																																																													
	SI	NO	IGNORA																																																																														
VACUNA CONTRA HEPATITIS A	()	()	()																																																																														
B	()	()	()																																																																														
C	()	()	()																																																																														





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

DIRECCIÓN DE SALUD V LIMA CIUDAD
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA

IV. INFORMACION CLINICA

	SI	NO	IGN		SI	NO	IGN
Cefaleas	()	()	()	Maligac	()	()	()
Anorexia	()	()	()	Estreñimiento	()	()	()
Fiebre	()	()	()	Palidez	()	()	()
Vómitos	()	()	()	Delirio	()	()	()
Ictericia	()	()	()	Petequias	()	()	()
Equimosis	()	()	()	Hepatomegalia	()	()	()
Epistaxis	()	()	()	Náuseas	()	()	()
Dolor abdominal	()	()	()	Artritis	()	()	()
Otros :							

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____

V. EVOLUCION DEL CASO

Paciente atendido por : Médico () Enfermera () Otro () Especificar: _____
 Hospitalizado: SI () NO () Fecha de ingreso: ____/____/____ N° de CHC: ____
 Hospital: _____
 Tiempo de hospitalización: ____ días. Condición de alta: _____ Fecha Alta: ____/____/____
 Fallecido: SI () NO () Fecha Defunción: ____/____/____

VI. LABORATORIO

Fecha de Toma de Muestra: ____/____/____
 TIPO DE MUESTRA RESULTADO Positivo () Negativo ()
 Biopsia de Hígado ()
 Serología ()
 Anti-HBc () Anti-HBc IgM ()
 Anti-HBc Total ()
 HBe Ag ()
 Otros ()

VII. DIAGNOSTICO

Probable () Confirmado () Descartado ()
 DIAGNOSTICO Clínico () Laboratorio () Ambos ()

VIII. CONCLUSION

Forma probable de infección: _____
 Lugar probable de infección: _____
 Localidad: _____ Urbano () Rural ()
 Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

IX. INVESTIGADOR

Nombre: _____ Cargo: _____
 Firma: _____

Fecha de Investigación: ____/____/____

Dirección : Raimondi N° 220 - 2° piso La Victoria. Telefax : 433-5477.

E-mail: epidciudad@ore.ild.pe



PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

HEPATITIS B

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA	HEPATITIS B Y D FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA
Caso probable sintomático: Todo caso con manifestaciones clínicas de: Fiebre, ictericia, coluria, y que presenta aumento del nivel de transaminasas hepáticas mayor o igual a tres veces al valor normal (según el método utilizado) y bilirrubinas aumentadas a predominio directo, durante los primeros días de la enfermedad. Caso probable asintomático: Individuo asintomático y sin historia clínica previa de hepatitis viral que presenta transaminasas elevadas de cualquier valor. Caso confirmado: Aquel que tiene uno o más de los marcadores serológicos positivos para hepatitis viral B D.	
I. DATOS GENERALES Código de notificación: Fecha de notificación:/...../..... Nombre del establecimiento: Tipo: Hosp() C.S. () F.S. () UTES/UBAS/ZONADIS/RED: R.S. / S.R.S.	
II. DATOS DEL PACIENTE: Nombres: Apellidos: Ocupación: Lugar de nacimiento: Estado civil: DNI: Fecha de nacimiento:/...../..... Sexo: M () F () Edad: Procedencia: Localidad: Distrito: Provincia: Departamento:	
III. ANTECEDENTES : FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR HEPATITIS B • Transfusiones previas si () no () Cuando: • Contacto con jeringas o agujas si () no () Cuando fue la última vez: • Atención dental si () no () Cuando: • Terapia acupunturista si () no () Cuando: • Intervenciones quirúrgicas si () no () Cuando: • Usa tatuajes si () no () • Usuario de drogas endovenosas si () no () • Hemodíalisis si () no () • Trabajo en establecimiento de Salud: si () no () Labor que desempeña: • Viajes recientes Lugar: tiempo: • Conducta sexual: - Heterosexual () Homosexual () N° parejas sexuales: - Contacto con personas promiscuas, prostitutas () • En menores de edad: Antecedente intradomiciliario de hepatitis si () no () Madre del niño con hepatitis antes del parto si () no () desconocido () Si son afirmativos o desconocidos, preguntar tipo de parto vaginal () cesárea () Producto: Prematuro () a término () post maduro () Peso al nacer: Lactancia materna si () no () ab lactancia (edad): • Lugar de residencia con internamiento - hospital de salud mental () asilo () guardería () base militar () presidio () • Antecedente de hepatitis viral si () no () Cuando: • Vacuna contra hepatitis B si () no () Ignora () ; Nro. De dosis: Fecha de última dosis:/...../.....	



FICHA INVESTIGACION CLINICA EPIDEMIOLOGICA
EVENTOS SUFICIENTEMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACION O INMUNIZACION (ESAVI)

Definición operativa: Se define como caso de CSAVI a todo evento nuevo significativamente asociado a una determinada vacuna, que requiere investigación, que cause discapacidad y/o sea resultado del fallecimiento o a un grupo de eventos que sobrepasan lo usual esperado.

1 NOTIFICAZIONE

Fecha de Matriculación: 1 1 20

No. Cero. _____

ESTABLECIMIENTO QUE REFLEXA. _____

OPRESION/CAUSA/DAÑO _____

Reflexa. _____

Proceso. _____

Proceso que reflexa. _____

Delito. _____

1. P. ☐ 2. C. ☐ 3. Hosp. ☐ 4. Instituto Nacional ☐

Otros ☐ ExSalud ☐ FF.AA y Policías ☐ Sector Privado ☐

II DATOS DEL PACIENTE

[illegible]

III DATOS DE LA VACUNACION (poner en código)

1. Vacuna (nombre de la vacuna, con adyuvante, sin adyuvante...)	2. Dosis	3. Vía	4. Sexo	Fecha de vacunación	CESS que vacuna	Faltante	Lote	Fecha de migración
				__/__/__				__/__/__
				__/__/__				__/__/__
				__/__/__				__/__/__
				__/__/__				__/__/__

1. VACUNA: 01 BCG, 02 DPT, 03 VOP, 04 HB, 06 MM, 08 Pentavalente, 07 Triple Viral (SPP), 03 FA, 09 SR, 10 DT, 11 Influenza estacional, 12 Anisacampión, 13 Anireumococo, 14 anisacela, 16 Anireobius, 18 MM, 17 Influenza Pandémica H1N1, 19 otras especifique





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

IV ANTECEDENTES

NEURORALES					FASCLINOLÓGICOS				
CSAVI previo Si ☐ No ☐ Otro: _____	Ataques Si ☐ No ☐	Convulsiones Si ☐ No ☐	Ataques Si ☐ No ☐	Enfermedad crónica Si ☐ No ☐	Glucosa sanguínea Si ☐ No ☐	Ataques Si ☐ No ☐	Convulsiones Si ☐ No ☐	Ataques Si ☐ No ☐	Enfermedad crónica Si ☐ No ☐

V SIGNOS Y SÍNTOMAS

	Tiempo entre vacunación e inicio del evento			Fecha de inicio	Fecha de término
	Minuto	Hora	Día y	día / mes / año	día / mes / año
1. Afección sobre inmunidad					
a) Estéril					
b) Bacteriano					
2. Linfadenitis sin supuración					
a) Nódulo linfoático 1.5 cm					
b) Nódulo bacteriano					
3. Hacia el sistema linfático					
a) Infección más allá de la vacunación más cercana					
b) Datos anatómicos e infección de más de 5 días					
4. Infección aguda					
a) Poliomielitis asociada a vacuna					
b) Sistema de Gubler-Sera					
5. Encefalopatía					
a) Convulsiones					
b) Severa alteración de conciencia por uno o más días					
c) Cambio de conducta por uno o más días					
d) Datos clínicos permanentes					
6. Encefalitis					
7. Meningitis					
8. Hacia el sistema nervioso					
9. Convulsiones					
a) Focales					
b) Alérgicas					
10. Hacia el sistema nervioso					
11. Shock anafiláctico					
12. Anafilaxia					
a) Presencia					
b) Transitoria					
13. Fiebre					
a) De 38° a 39.9 °C					
b) De 40° y más					
14. Oculoparálisis					
15. Gubler, cefaleas					
16. Linfocitos perifericos					
17. Sepsis					
18. Síndrome de shock tóxico					
19. Muerte					
20. Fiebre postvaccinal					
21. Otros eventos adversos inmunológicos					

/Ond/





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

VI DESCRIPCION DEL CUADRO CLINICO

VII HOSPITALIZACION

Nombre Clínico: _____	Diagnostico de Ingreso: _____	Estado de Alta: Atendido ☐ Secuado ☐ Fallado ☐	Transferido: Si ☐ No ☐ ¿Desde? _____
Fecha de Ingreso: ____/____/____ Día Mes Año	Diagnostico de Egreso: _____		
Fecha de Alta: ____/____/____ Día Mes Año			
Quedó: SI () NO () Por semanas: _____			

VIII SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Caso no ubicado ☐ | 2. En rehabilitación ☐ | 3. Pregunta solo control medico ☐ |
| 4. Pregunta informal genérico ☐ | 5. (10 y 14) ☐ | 6. Pregunta al secado ☐ |
| 7. Pregunta al secado ☐ | 8. Otro estado final ☐ | |

IX CLASIFICACION FINAL

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. ESVI concluyente | ☐ |
| 2. ESVI no concluyente | ☐ |
| a. Relacionado al programa (Causa programada) | ☐ |
| b. Relacionado con la vacuna | ☐ |
| 3. ESVI no concluyente | ☐ |

Firma del Investigador

Firma

Cargo

Teléfono





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

LEPTOSPIROSIS

CODIGO

LEPTOSPIROSIS
FICHA CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES		
1. Código de notificación	2. Fecha de notificación	
3. Nombre de Establecimiento de Salud	4. Tipo de Establecimiento	
5. UTE/UBAS/SHS/ZONA/ADIR/RED	6. RS/SRS	
7. Dirección	8. Teléfono / fax	
II. DATOS DEL PACIENTE:		
9. Historia clínica N°	16. Domicilio: Av./Ir./Calle	
10. Apellidos y Nombres	17. Punto de Referencia	
11. Fecha de nacimiento	18. Teléfono	
12. Sexo: M () F () Ignorando ()	19. Localidad	
13. Edad: Años Meses	20. Distrito	
14. Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()	21. Provincia	
15. Ocupación	22. Departamento	
III. INFORMACIÓN CLÍNICA		
23. Fecha de inicio de síntomas	25. Forma de inicio de la enfermedad:	
24. Fecha de obtención de muestra	Brusco () Insidioso ()	
26. Tiempo de enfermedad		
27. Signos y Síntomas (Marque con una X si presenta uno de los síntomas)		
1ª Eval. 2ª Eval.	1ª Eval. 2ª Eval.	
Fiebre () ()	Anuria () ()	
Cefalea () ()	Uremia () ()	
Malestar general () ()	Piuria () ()	
Escalofrío () ()	Albuminuria () ()	
Mialgia () ()	Topolobia () ()	
Dolor pantorrillas () ()	Lagrimo () ()	
Dolor articular () ()	Hemorragia conjuntival () ()	
Anorexia () ()	Ictericia ocular () ()	
Dolor abdominal () ()	Congestión ocular () ()	
Náuseas () ()	Tos () ()	
Vómitos () ()	Dolor torácico () ()	
Diarrea () ()	Dolor de garganta () ()	
Ictericia () ()	Dianes () ()	
Hepatomegalia () ()	Epistaxis () ()	
Esplenomegalia () ()	Petequias () ()	
Dansia () ()	Equimosis () ()	
Coluria () ()	Hematoquecia () ()	
Poliuria () ()	Hemoptisis () ()	
Oliguria () ()		
Factores Asociados a mayor gravedad		
1ª Eval. 2ª Eval.		
Hematuria () ()		
Purpura () ()		
Melena () ()		
Enterorragia () ()		
Gingivorragia () ()		
Bradycardia () ()		
Taquicardia () ()		
Hipotensión arterial () ()		
Rigidez de nuca () ()		
Confusión mental () ()		
Cuadro meningeo () ()		
Delirio () ()		
Obnubilación () ()		
Otros		
IV. ANTECEDENTES:		
28. Casos anteriores de Leptospirosis en la localidad:		
Casos humanos () Confirmado () Probable () Especifique: Ignorado ()		
Casos animales () Confirmado () Probable () Especifique:		
29. Antecedentes relacionados de exposición ocurrida desde 2-3 semanas antes del inicio de los síntomas:		
ANTECEDENTES	FECHA	LOCALIZACIÓN
Rodones		
Desagües		
Agua estancada, inundaciones		
Baños		
Silos, letrinas, desagües		
Agua de río, canales de río, lagos, etc.		
Aren de anegón		
Carcasa de animales		
Local de procesamiento, almacenamiento y distribución de alimentos		
Otros		
Actividades relacionadas a la ocupación:		
31. Lugar probable de infección:		
Localidad	Distrito	Provincia
Departamento	Otros	





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

32. Ha visto Ud. otras personas con cuadro similar. Si () No () Donde:			
V. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN			
33. Zona:		34. Ambiente	
Urbano ()	Rural ()	Doméstico ()	Trabajo ()
Periurbano ()	Silvestre ()	Campo ()	Ignorado ()
Ignorado ()			
35. Residuos sólidos recolectados por el servicio público:		36. Destino de los residuos sólidos	
a. Inexistente ()	c. Adecuado ()	a. Depósito municipal deficiente ()	b. Tirado por la población a terrenos baldíos ()
b. Deficiente ()	d. Ignorado ()	c. Tirado por la población a los ríos, canales, lagos, etc. ()	d. Depósito municipal adecuado ()
37. Abastecimiento de agua:			
a. Red pública con tratamiento deficiente ()	b. Red pública tratamiento adecuado ()	c. Pozo mal protegido o mal construido ()	
d. Local de captación de agua presencia de animales y/o descarga de acequias o desmontes ()	e. Tubería a de agua o cisterna sin protección y/o limpieza adecuada ()	f. Pozo con capa frías sospechosa de contaminación ()	
38. Excretas:			
a. Red pública sin tratamiento y con desfogue al río, acequias, lagos, etc. ()	b. Letrina, tipo especifique adecuada, inadecuada ()	c. Campo libre ()	
d. Red pública con tratamiento adecuados ()	e. Tirados por la población a ríos, acequias, lagos, etc. ()		
39. Conclusión de la forma más probable de infección a través del contacto con:			
VI. LABORATORIO:			
40. Obtención de muestra			
Fecha de obtención de muestra: / /		Fecha inicio de síntomas: / /	Fecha toma de 1ra muestra si es suero: / /
Fecha toma de 2da muestra de suero: / /			
41. Tipo de muestra			
Sangre ()	LCR ()	Orina ()	
Suero ()	Otros () Especificar:		
43. Resultado			
Resultado cultivo		Resultado serología	
Cultivo Sangre	positivo si () no () Aislamiento serogrupo	Macroglobulinación	reactivo si () no ()
Cultivo LCR	positivo si () no () Aislamiento serogrupo	ELISA IgM	reactivo si () no ()
Cultivo Orina	positivo si () no () Aislamiento serogrupo	ELISA IgG	reactivo si () no ()
Microaglutinación MAT (1ra muestra)		Microaglutinación MAT (2da muestra)	
reactivo si () no ()		reactivo si () no ()	
Serogrupo1 Titulo	Serogrupo3 Titulo	Serogrupo1 Titulo	
Serogrupo2 Titulo	Serogrupo4 Titulo	Serogrupo2 Titulo	
VII. EVOLUCIÓN DEL CASO:			
44. Paciente atendido por:		Hospitalizado Si () No ()	
Médico () Enfermera () Téc. Sanitario ()		Condición de alta:	
Otro () especificar:		Fecha de hospitalización: / /	
		Tiempo de hospitalización: días	
		Fecha de alta: / /	
		Fecha de defunción: / /	
45. Tratamiento		Fallecido Si () No () Ign ()	
Dulcís		Antibióticos si () no () tipo	
		Nº días	
46. Investigador			
Nombre		Cargo	Fecha / / Sello y firma:
DEFINICIONES			
Paciente Febril Todo paciente febril con tiempo de enfermedad de 1-10 días, con temperatura mayor o igual a 38.5 °C; mialgia, cefalea y asociado a uno o más signos y síntomas como náuseas o vómitos, ictericia, inyección conjuntival, irritación meningea, petequias, escalofríos, artalgias, oliguria y/o proteinuria, fenómenos hemorrágicos y/o Síndrome de Weil.			
Paciente Agudo (1-7 días de enfermedad)			
o Tomar muestra de sangre con anticoagulante EDTA 5cc (Mantener y enviar a Temperatura Ambiente)			
o Tomar muestra de sangre sin anticoagulante 7cc (Para suero mantener y enviar refrigerado)			
Paciente Convaleciente (8-30 días de enfermedad)			
o Tomar muestra de orina, previamente un día antes dar al paciente +/- 1 gramo de bicarbonato de sodio (Mantener y enviar a Temperatura Ambiente máximo 4 horas de tomada la muestra)			
o Tomar muestra de sangre sin anticoagulante 7cc (Para suero (2da muestra) mantener y enviar refrigerado)			





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

BARTONELOSIS

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CARRIÓN

ESTABLECIMIENTO: _____ N° HIST. CLÍNICA: _____
 NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____ FECHA ENCUESTA: _____
 APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE: _____
 EDAD: _____ años _____ meses SEXO: Masc. () Femen. ()
 Gestante: Si () No () FUR: _____ Edad Gestacional: _____ sem
 Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____
 TIEMPO DE RESIDENCIA: _____ OCUPACION: _____
 Viaje a localidades o comunidades vecinas durante 1998
 Fecha de viaje: _____ Lugar: _____ Tiempo permanencia: _____
 Fecha de viaje: _____ Lugar: _____ Tiempo permanencia: _____
 FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: _____ FECHA INGRESO AL ESTUDIO: _____
 T.E.: _____ F.I.: _____ Curso: _____ O DE DIAGNÓSTICO

SINTOMAS: (Marque con una X si el paciente refiere los siguientes síntomas)

Fiebre ()	Nauseas ()	Polidipsia ()
Palidez ()	Vómitos ()	Tos ()
Cefalea ()	Hiporexia ()	Expectoración ()
Malestar general ()	Dolor abdominal ()	Dolor torácico ()
Mialgias ()	Hematoquecia ()	Diarrea ()
Dolor articular ()	Melena ()	Cianosis ()
Astenia ()	Disarrea ()	Convulsiones ()
Prurito ()	Ictericia ()	Inyección conj. ()
Pesequias ()	Disuria ()	Epistaxis ()
Equimosis ()	Pelaquias ()	Cong. faringea ()
Escalofríos ()	Coluria ()	Odisofagia ()
Mareos ()	Epigastralgia ()	Fotofobia ()
Verrugas ()	Somnolencia ()	Extrac.pucem. ()
Lumbalgia ()		

FUNCIONES VITALES:

Temperatura: _____ °C P.A.: _____ F.R.: _____ Pulso: _____ Peso: _____ Kg

SIGNOS:

GENERALES:	Si	No		Si	No
Lucido	()	()	Estado general	(B) (R) (M)	
Orientado en tiempo	()	()	Estado de nutrición	(B) (R) (M)	
Orientado en espacio	()	()	Estado de Hidratación	(B) (R) (M)	
Orientado en persona	()	()			

PIEL:

Palidez: () Leve: () Moderada: () Severa: ()

Pesequias: () Localización: _____

Equimosis: () Localización: _____

Lesiones eruptivas:

N°	LOCALIZACIÓN (colocar el número en el paréntesis)
Miliares	Cara () Cuello () Tronco () Ext. Super. () Ext. Infer. () Sangrante ()
Miculares	Cara () Cuello () Tronco () Ext. Super. () Ext. Infer. () Sangrante ()
Nodulares	Cara () Cuello () Tronco () Ext. Super. () Ext. Infer. () Sangrante ()

Observaciones: _____

TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO:

Sin alteraciones: ()

Edema ()

Miembros inferiores ()

Miembros superiores ()

Palpebral ()

Lumbosacro ()

Otro: _____

GANGLIOS LINFÁTICOS:





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

Escleróticas: Ictéricas () Leve () Moderada () Severa ()
 Inyección conjuntival ()
 Pupilas: CECLA () Otros: _____

BOCA: Mucosa oral: _____

Faringe: Normal () Congestiva ()

Amígdalas: Normales () Hipertróficas () Otros: _____
 Congestivas () Purulentas ()

OSTEOMUSCULAR:

Tono muscular: _____

Mialgias: _____

Lumbar () Dorsal () Brazos () Otros: _____
 Muñecas () Puntillas () Antebrazos ()

Dolor articular

Hombro () Codo () Muñeca () Otros: _____
 Cadera () Rodilla () Tobillo ()

Artritis: _____

APARATO RESPIRATORIO:

Murmullo vesicular: _____

Soplos: ()

Crupiales: ()

Subcrupiales: ()

Sibilantes: ()

Otros: _____

APARATO CARDIOVASCULAR:

Ruidos cardíacos: _____

Soplos: _____

Otros: _____

APARATO GASTROINTESTINAL:

Ruidos hidroaéreos: _____

Hígado: _____

Bazo: _____

Otros: _____

GENTOURINARIO

Puntos reumáticos: _____

Percusión lumbar: _____

Edemas: _____

Otros: _____

NEUROLÓGICO:

Estado de conciencia: _____

Pares craneales: _____

Convulsiones: ()

Babinsky: ()

Signos meníngeos: _____

ROT ()

Sensibilidad: _____

Signos de focalización: _____

Otros: _____

HOSPITALIZADO: a) Si () b) No ()

Fecha de hospitalización: ____/____/____ Días de hospitalización: _____

CONDICIÓN DE ALTA:

a) Curado () c) Transferido () e) Fallecido ()
 b) Mejorado () d) Alta voluntaria ()





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

TIFUS



MINISTERIO DE SALUD
Oficina General de Epidemiología

FICHA EPIDEMIOLÓGICA : TIFUS EXANTEMÁTICO

I. FILIACION

NOMBRE: _____ EDAD _____ SEXO _____ NRO. VIVIENDA _____
PROCEDENCIA: _____ OCUPACION _____ FECHA _____

II. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

1. HABITOS HIGIENICOS

FRECUENCIA DE BAÑO CORPORAL: 1 vez/semana () cada 15 días () al mes () Especificar: _____

2. HACINAMIENTO Y PROMISCUIDAD:

Nº de Personas en la Vivienda: _____ Nº Habitaciones en la vivienda: _____

3. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA:

Presencia de Agua Potable Intradomiciliaria: Si () No ()
Material del techo: Baja () Calamina () Teja () Otros ()
Existencia de ventanas: Si () No ()

4. PRESENCIA DE VECTORES EN LA VIVIENDA Y/O LA PERSONA:

Piojo () Liendre () Pulga () Garrapata () Rata () Otros () Especificar ()

5. HA TENIDO TIFUS ANTERIORMENTE?

Si () No () Cuando: _____

6. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:

Ha habido algún enfermo en su casa?

Si () No () Identificar: _____





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

MINISTERIO DE SALUD

Oficina General de Epidemiología

III. CUADRO CLÍNICO

1. TIEMPO DE ENFERMEDAD: Fecha de Inicio / / Súbita () Incidiosa ()

2. SINTOMAS PRINCIPALES: (Indicar si o no)

A. FIEBRE () T°C _____

B. EXANTEMA Tipo: Macular () Papular () Eritema ()

C. CEFALEA () MIALGIAS () ESCALOFRÍOS () TOS ()
 CONFUSIÓN () DELIRIO () DENGUORRACEA () EPISTAXIS ()
 PETEQUIAS () DIARREAS () POSTRACIÓN () VÓMITOS ()
 OTROS ()

IV. TOMA DE MUESTRA

SUERO: SI () NO () Lab. Procesamiento

BIOPSIA: SI () NO () Fecha: / /

SANGRE TOTAL CON EDTA: SI () NO () Fecha: / /

V. RECOLECCIÓN DE VECTORES (Piojos, pulgas, garrapatas, ratas)

SI () NO ()

FECHA: / / VECTOR: _____ DESTINO: _____

VI. EVOLUCIÓN CLÍNICA:

FAVORABLE () TIEMPO DE CONVALESCENCIA (días sin fiebre)

DESFAVORABLE () FECHA DE DEFUNCIÓN / / LUGAR DE DEFUNCIÓN

VII. TRATAMIENTO:

TETRACICLINA () CLORAFENICOL () DOXICICLINA () OTRO ()

ESPECIFICAR: _____ DÍAS DE TRATAMIENTO: _____

VIII. MEDIDAS DE CONTROL:

INTERVENCIÓN CON INSECTICIDA: SI () NO () EN CASA () EN CAMA () EN





PERÚ **Ministerio de Salud** **Centro Nacional de Epidemiología y Referencia Epidemiológica**

Ficha de investigación clínico-epidemiológica
para la vigilancia Dengue, Chikungunya, Zika y otras arbovirosis

Semana epidemiológica N° _____

I. DATOS GENERALES:

1. Subsistema de vigilancia al que pertenece: a. Definición de casos: ☐ b. Vigilancia centinela* ☐ c. Vigilancia de febriles** ☐

Nota: (*) Solo para EESS centinela. (**) Solo en investigación en caso de emergencia.

2. Fecha de investigación: Día / Mes / Año: _____

3. Dirección de Salud: _____ 4. Red: _____ 5. EESS notificante: _____

6. Institución de salud: MINSU ☐ EsSalud ☐ Sanidad PNP ☐ Sanidad FA ☐ Privados ☐ Otro: _____

II. DATOS DEL PACIENTE Estos datos deben registrarse para todos los febriles y los casos

7. H.Clinica N°: _____ 8. Teléfono/Celular del paciente: _____

9. A. Paterno: _____ A. Materno: _____ Nombres: _____ 10. DNI/Pasaporte: _____ 11. Edad (años): _____ M ☐ F ☐ 12. Género: _____ 13. Ocupación: _____

14. Departamento: _____ 15. Provincia: _____ 16. Distrito: _____ 17. Localidad (AH, Urb, Rural, etc): _____ 17. Dirección: _____

18. Gestante: Si ☐ No ☐ 19. Edad gestacional: _____ Semanas

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Registrar los datos solo para los casos que cumplen la definición de caso

20. ¿Dónde estuvo en las últimas dos semanas (14 días) antes de enfermarse? Si viajó fuera de Perú, incluso en línea de frontera pase a la 27.

1. _____ 2. _____

21. Dirección: _____ 22. Referencia: _____ 23. Localidad: _____ 24. Distrito: _____ 25. Provincia: _____ 26. Departamento: _____

27. País donde estuvo: _____ 28. Estado/Departamento/provincia del país donde estuvo: _____ 29. Fecha de permanencia: _____

30. Tuvo dengue anteriormente: Si ☐ No ☐ 31. Año: _____ 32. Recibió vacuna antiamarilla: Si ☐ No ☐

33. Año de aplicación vacuna contra la Fiebre amarilla: _____

IV. DATOS CLÍNICOS En el caso del febril solo debe registrarse la fecha de inicio de síntomas y la fecha de toma de muestra

34. Fecha de inicio de síntomas: Día / Mes / Año: _____ 35. Fecha de toma primera muestra: _____ 36. Fecha de toma segunda muestra: _____

37. Signos y síntomas frecuentes

Fiebre T °C: _____

Artralgias/ artritis: _____

Pofterralgias: _____

Mialgias: _____

Cefalea: _____

Dolor retroocular: _____

Dolor lumbar: _____

Erupción cutánea (exantema, rash): _____

Conjuntivitis hiperémica conjuntival (ojos rojos): _____

Náuseas: _____

Vómitos: _____

Diarrea: _____

Otros: _____

38. Signos de alarma (dengue)

Dolor abdominal intenso y continuo: _____

Vómitos persistentes: _____

Sangrado de piel y mucosas (petequias, equimosis y ecimosis): _____

Hepatomegalia > 2 cm: _____

Incremento del hematocrito (_____%): _____

Acumulación de líquidos: ascitis o derrame pleural o pericardico: _____

Disminución de plaquetas (_____/mm³): _____

Dengue grave: _____

39. Escape importante de plasma con: Pulso débil e indetectable: _____ Taquicardia: _____ Extremidades frías o clonónicas: _____ Presión arterial media (menos de 65 Hgmm): _____

40. Compromiso grave de órganos Especifique: _____

41. Sangrado grave Hematemesis: _____ Melena (deposiciones negras): _____ Ginecorragia voluminosa: _____ Hematuria macroscópica (orina roja): _____ Otros sangrados: _____

42. Escala de Glasgow

Apertura ocular: (1-4) _____

Respuesta motora: (1-6) _____

Respuesta verbal: (1-5) _____

Total: _____

V. EVOLUCIÓN DE CASOS GRAVES Y DATOS DE EGRESO Solo para casos hospitalizados

43. Fue hospitalizado: _____ 44. Fecha hospitalización: _____ 45. Fecha defunción: _____ 46. Fecha de alta: _____ 47. Fecha referencia: _____

VI. EXÁMENES DE LABORATORIO En áreas nuevas de transmisión tomar muestras hasta confirmar el brote, luego solo a grupos de riesgo y a formas graves.

50. Tiempo de enfermedad al momento de la toma de muestra: _____ 1° ≤ 5 días 2° 6 a 12 días En los febriles solo tomar en ≤ 5 días

51. Prueba solicitada

a. ELISA NS1-Dengue ☐ b. PCR-RT ☐ c. Aislamiento viral ☐ d. ELISA IgM (1era muestra) ☐ e. ELISA IgM (2da muestra) ☐ f. Muestra de tejido para inmunohistoquímica ☐

52. Fecha de resultado

a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____

53. Resultado Positivo ☐ Negativo ☐

54. Agente etiológico

a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____

55. Órgano: ☐ Riñón= 1, Hígado= 2, Otro: _____=3.

VII. CLASIFICACIÓN FINAL Descartar un caso con una segunda muestra después de los 10 días de enfermedad.

56. Dengue sin signos de alarma: _____ 57. Dengue con signos de alarma: _____ 58. Dengue grave: _____ 59. Chikungunya: _____ 60. Zika: _____

61. En caso de que sea un caso descartado y no se ninguno de los tests, indicar el resultado final: Fiebre amarilla ☐ Leptospirosis ☐ Otro: _____

VIII. PROCEDENCIA DEL CASO

62. Caso autóctono: Si ☐ No ☐ 63. Caso importado: ☐ Nacional=1, Internacional=2. _____

64. Departamento / País: _____

IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR

Nombre de la persona responsable: _____

Cargo: _____

Celular: _____

Firma y Sello: _____



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

MALARIA

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA		MALARIA * CIE 10 B50-B54 FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA						
Código:		Fecha de notificación al nivel inmediato superior ____/____/____ Fecha de investigación del caso ____/____/____						
I. DATOS GENERALES								
DISA _____		Red _____ Establecimiento notificante _____						
Captación del caso: Pasiva () Activa ()								
II. DATOS DEL PACIENTE								
Apellido paterno _____		Apellido materno _____ Nombre _____						
Edad: _____ Años () Sexo: M () F ()								
Meses () Si es menor de 1 año anotar meses								
Días () Si es menor de 1 mes anotar días								
Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____								
Ocupación: _____								
Domicilio actual								
Departamento _____		Zona: ()						
Provincia _____		(especificar nombre)						
Distrito _____		Vía: ()						
Localidad _____		(especificar nombre)						
Zona de residencia: Urbana () Rural ()		Número km./mz. _____						
		Int/Dep/Lote _____						
Para los residentes en otros países:								
País de origen: _____		Fecha de ingreso al país ____/____/____						
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS								
¿Antecedentes de haber estado enfermo por malaria?: Si () No () Fecha: Mes ____ Año ____								
¿Fue atendido por un establecimiento de salud?: Si () No ()								
¿Ha viajado a áreas con transmisión de malaria o paludismo en los últimos 15 días? (lugar probable de contagio): Si () No () Ignorado () ¿A qué lugar?								
Fecha de viaje	Localidad	Valle o río	Distrito	Provincia	Tiempo permanencia			
					Días	Semanas		
¿Donde viven los zancudos o mosquitos?: _____								
¿Usa mosquetero para protegerse de los "mosquitos" o "zancudos" cuando duerme?: Si () No ()								
¿Existe (n) otra (s) persona (s) con síntomas similares en la localidad donde vive o donde viajó?: Si () No () Ignorado ()								
Investigación de colaterales: ¿Cuántas personas viven en su casa? (verificar mediante visita a la vivienda): _____								
Si 1 o más colaterales se confirma por laboratorio debe notificarse y debe registrarse en otra ficha.								
Apellidos y nombres	Sexo/Edad		Parentesco	Gota fresca		Fecha de toma de muestra	Resultado	
	M	F		Fiebre	Sin fiebre		Positivo	Negativo

(*) * Esta ficha es para uso exclusivo para la malaria por Plasmodium falciparum, excepcionalmente puede usarse hasta el nivel de DISA para la infección por P. vivax cuando sea un caso complicado.





Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

LEISHMANIASIS

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA		LEISHMANIASIS Cutánea (B55.1) - Mucocutánea (B55.2) FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA				
Código:		Fecha de notificación al nivel inmediato superior: ____/____/____ Fecha de investigación del caso: ____/____/____				
I. DATOS GENERALES						
DISEA: _____ Red: _____ Establecimiento notificante: _____ Captación del caso: Pasiva () Activa ()						
II. DATOS DEL PACIENTE						
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____ Edad: _____ Años () Sexo: M () F () Meses () Si es menor de 1 año anotar meses Días () Si es menor de 1 mes anotar días Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____ Ocupación: _____						
Domicilio actual		Zona*: [] _____ (especificar cantón)				
Departamento: _____		Via*: [] _____ (especificar cantón)				
Provincia: _____		Número/km./msz: _____				
Distrito: _____		Int/Dep/Lote: _____				
Localidad: _____						
Zona de residencia: Urbana () Rural ()						
Para los residentes en otros países: País de origen: _____ Fecha de ingreso al país: ____/____/____						
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS						
¿Antecedente de presentar enfermedad inmunosupresora?: Si [] No [] Si es Si, especificar: _____						
¿Viajes a áreas con transmisión de leishmaniasis en los últimos 30 días (lugar probable de infección)? Si [] No []						
Fecha de viaje	Localidad	Valle o no	Distrito	Provincia	Tiempo permanencia	
					Días	Semanas
¿Ha visto otra persona con "uta" o "espundia" en la localidad donde vive?: Si [] No [] Ignorado []						
¿Ha visto "bitra" o "manta blanca" o "lalapo" o "quitis" en la localidad donde vive?: Si [] No [] Ignorado []						
¿Usa mosquitero para protegerse de los "mosquitos" o "zancudos" cuando duerme?: Si [] No []						
IV. CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)						
Síntomas y signos				Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____		
Dolor en la lesión	[]	Distonía (ronquera)	[]	Cicatriz o secuela	[]	
Prurito local	[]	Dificultad respiratoria	[]	Otro: _____	[]	
Tupidez nasal	[]	Pérdida de peso	[]			
Lesión cutánea activa:						
Número de lesiones: _____ Secuela: Si [] No []						
Localización de la lesión activa (Marcar con una "X"): Cara/Cuello [] Miembro superior [] Tronco [] Miembro inferior []						
Lesión mucocutánea activa:						
Número de lesiones: _____ Secuela: Si [] No []						
Localización de la lesión (Marcar con una "X"): Úvula [] Paladar [] Faringe [] Epiglotis [] Fosas nasales [] Septum nasal []						





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

CHAGAS

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA		ENFERMEDAD DE CHAGAS FICHA CLINICO EPIDEMIOLOGICA			
COG/GO	Fecha de conocimiento local	Fecha de notificación del establecimiento	Fecha de investigación	Fecha de notificación a la D-SA	Fecha de notificación de D-SA a OGE
I. DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE DISA _____ RED _____ Nombre del establecimiento _____ Notificación Regular ☐ Búsqueda Activa ☐					
II. DATOS DEL PACIENTE Nombres : _____ Apellidos : _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M ☐ F ☐					
DOMICILIO ACTUAL DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____ DISTRITO _____ LOCALIDAD _____ TIPO DE ZONA _____			NOMBRE DE ZONA _____ TIPO DE VIA _____ NOMBRE DE VIA _____ INT/DEP/LOTE _____ Número /Km /Mz _____		
Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, empleador, etc)					
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS LUGAR PROBABLE DE INFECCION DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____ DISTRITO _____ LOCALIDAD _____ TIPO DE ZONA _____					
Existe "chirimacha" o "chiriche" en su casa: Si ☐ No ☐ Ignorado ☐			NOMBRE DE ZONA _____ TIPO DE VIA _____ NOMBRE DE VIA _____ INT/DEP/LOTE _____ Número /Km /Mz _____		
Ha sido picado por una "chirimacha" o "chiriche": Si ☐ No ☐ Ignorado ☐ Fecha: ____/____/____			Material predominante de construcción (más de 50% del total) de la vivienda:		
Adobe ☐ Estera / caña ☐ Cemento ☐ Otro ☐ Especifique el material: _____			Ha recibido transfusión de sangre sin control para la enfermedad de Chagas: Si ☐ No ☐ Ignorado ☐ Cuántas veces: _____		
Fecha de la última transfusión: ____/____/____			Antecedente de tener madre seropositiva (positiva a dos pruebas serológicas distintas) para la enfermedad de Chagas: Si ☐ No ☐ Ignorado ☐		
Existe otra(s) persona(s) con un cuadro similar en la casa del lugar donde se contagió: Si ☐ No ☐ Ignorado ☐			Posible forma de transmisión: Vectorial ☐ Transfusional ☐ Vertical ☐		
IV. CUADRO CLINICO Y MANEJO Sintomático ☐ Asintomático ☐ Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____					
ETAPA AGUDA					
Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO
Fiebre	☐	☐	Hepatomegalia	☐	☐
Miocarditis	☐	☐	Dolores musculares	☐	☐
Chagoma de inoculación	☐	☐	Signo de Romaña	☐	☐
			Malestar general	☐	☐
ETAPA CRÓNICA					
Síntomas y signos	SI	NO	Síntomas y signos	SI	NO
Palpitaciones	☐	☐	Dificultad para la deglución	☐	☐
Arritmia	☐	☐	Regurgitación	☐	☐
Dolor precordial	☐	☐	Taquicardia	☐	☐
Hepatomegalia	☐	☐	Dificultad respiratoria	☐	☐
			Edema	☐	☐
			Soplo	☐	☐
			Tos	☐	☐
			Dolor a la deglución	☐	☐
TRATAMIENTO: SI ☐ NO ☐					





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

BRUCELOSIS

FICHA CLÍNICA DE BRUCELOSIS HUMANA

Paciente Nuevo () Paciente en seguimiento () N° Historia Clínica

I. DATOS GENERALES							
1. Código de laboratorio:				2. Fecha de notificación:			
3. Nombre de Establec. de Salud:				4. RED-MICRORED:		5. DIRESA, DISA:	
II. DATOS DEL PACIENTE:							
7. Apellidos y Nombres:							
8. Edad:		9. Sexo: M () F ()		10. Grado de Instrucción: Analf. () Primaria () Secundaria () Superior ()			
11. Domicilio: Av. Jr. Calle:				N° Mza. Lt. Urbanización			
12. Referencia domiciliaria:				13. Localidad:			
Distrito:				15. Provincia:			
16. Departamento:				17. Teléfono:			
III. ANTECEDENTES (En las últimas 3-4 semanas antes de enfermar)							
18. Ocupación (especifique):				21. Contrato ocupacional: No () Si ()			
19. Viajes: No () Si () Lugar:				Trabajo en el campo ()			
20. Consumo: leche no pasteurizada () queso fresco ()				Canales ()			
alimentos con queso () alimentos con leche ()				Accidentes vacunales ()			
otros alimentos () Especificar:				Laboratorio ()			
Lugar de compra o consumo:				Tipo de contacto:			
22. Diagnóstico de Brucelosis previa si () no () Tratamiento: duración:							
IV. INFORMACIÓN CLÍNICA							
23. Fecha de inicio de síntomas:				23. Tiempo de enfermedad:		24. Forma de inicio de enfermedad:	
						Brusco () Insidioso ()	
25. Datos clínicos (Marque con una X si presenta) Signos vitales: FC FR PA T°							
Anamnesis	Si	No	No precisa	Examen Físico:	Si	No	No precisa
Fiebre (.....°C)				Adenopatías			
Escalofríos				Hepatomegalia			
Sudoración profusa				Esplenomegalia			
Anorexia				Compromiso osteoarticular			
Artemia				Compromiso neurológico			
Cefalea				Compromiso genitourinario			
Dolor muscular				Compromiso cardiovascular			
Malestar general				Otros:			
Dolor articular							
Diarrea							
Estreñimiento							
Náuseas							
Vómitos							
Otros:							





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

RABIA



PERÚ

Ministerio de Salud

DISA V
LIMA CIUDADOficina de
Epidemiología

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA		RABIA URBANA Y SILVESTRE (CIE10: A82.1, CIE10: A82.0) FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA	
Código: _____	Fecha de notificación al nivel nacional superior: _____	Fecha de investigación del caso: _____	
I. DATOS GENERALES DISA _____ Rec _____ Establecimiento notificante _____ Captación del caso: Pasiva () Activa ()			
II. DATOS DEL PACIENTE Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre _____ Edad _____ Años () Sexo: M () F () Meses () Si es menor de 1 año anotar meses Días () Si es menor de 1 mes anotar días Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____ Ocupación: _____			
Domicilio actual Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Zona de residencia: Urbana () Rural ()		Zona () _____ especificar zona: _____ Vía () _____ especificar vía: _____ Número/km. kmz. _____ int/Dep/Lote _____	
Para los residentes en otros países: País de origen: _____ Fecha de ingreso al país: _____			
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS ¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto? Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____ Zona de residencia: Urbana () Rural ()			
Zona () _____ especificar zona: _____ Vía () _____ especificar vía: _____ Número/km. kmz. _____ int/Dep/Lote _____			
DATOS DE LA INFECCIÓN RÁBICA Y TRATAMIENTO Exposición al virus por: Mordedura () Contacto () Ignorado () Si es mordedura: Localización: _____ Herida: única () múltiple () Tipo: superficial () profunda ()			
Fecha de la exposición: _____ Tiene vacunación anterior: Si () No () Desconocido () Se aplicó antirrábico: Si () No () Desconocido () Fecha de aplicación del suero: _____ Fecha de la 1ª dosis de vacuna: _____ Fecha última dosis de vacuna: _____ Número de dosis aplicadas: _____			
DATOS DE LA ENFERMEDAD Fecha de inicio de los primeros síntomas: _____ Fecha de la muerte: _____ Medios de confirmación diagnóstica: _____		DATOS DE LA VACUNA UTILIZADA Tipo de vacuna: _____ Laboratorio productor: _____ N° de lote: _____	
DATOS DEL ANIMAL CAUSANTE DE LA EXPOSICIÓN Especie: _____ Condición del animal mordedor: _____ Si es rabioso se confirmó por laboratorio: _____ Perro () Escapado () Observado () No se informó () Si () Gato () Rabioso: Si () No () No se informó () No () Otro () Especificar: _____ No se informó () Desconocido ()			





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

OFIDISMO

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA		OFIDISMO FICHA DE CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA																																																																																																																		
CÓDIGO	Fecha de conocimiento local	Fecha de notificación del establecimiento	Fecha de investigación	Fecha de notificación de DISA a OGE																																																																																																																
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE DISA _____ RED _____ Nombre del establecimiento _____ Notificación Regular ☐ Búsqueda Activa ☐																																																																																																																				
II. DATOS DEL PACIENTE Nombres : _____ Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M [] F [] Ocupación: _____ Tiempo: _____ DOMICILIO ACTUAL Departamento: _____ Nombre de zona: _____ Provincia: _____ Tipo de vía: Av. Jr. Calle psj. Otro _____ Distrito: _____ Nombre de vía: _____ Localidad: _____ Número /km./mz. _____ Tipo de zona Urb. PPJJ. Coop. otro _____ Int/depiote _____ Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, empleador, etc) _____																																																																																																																				
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS SERPIENTE Género _____ Especie _____ Nombre común _____ LESION _____ FECHA ____/____/____ LOCALIZACIÓN DEL ACCIDENTE OFIDICO Departamento: _____ Nombre de zona: _____ Provincia: _____ Tipo de vía: Av. Jr. Calle psj. Otro _____ Distrito: _____ Nombre de vía: _____ Localidad: _____ Número /km./mz. _____ Tipo de zona Urb. PPJJ. Coop. otro _____ Int/depiote _____																																																																																																																				
IV. CUADRO CLÍNICO Síntomas y signos: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Locales</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>IGN</th> <th>Locales</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edema</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Dolor</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Eritema</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Parestesia</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Equimosis</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Necrosis</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Sistémicos</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Sistémicos</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Sudoración</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Dolor abdominal</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Salivorra</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Epistaxis</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Malicia</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Gingivorragia</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Cefalea</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Hematuria</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Mareos</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Hematemesis</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Vómitos</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Meiema</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Hipotensión arterial</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Oliguria</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Anuria</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>Hipertensión arterial</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Fascies neurotóxica</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Locales	SI	NO	IGN	Locales	SI	NO	IGN	Edema	[]	[]	[]	Dolor	[]	[]	[]	Eritema	[]	[]	[]	Parestesia	[]	[]	[]	Equimosis	[]	[]	[]	Necrosis	[]	[]	[]	Sistémicos	[]	[]	[]	Sistémicos	[]	[]	[]	Sudoración	[]	[]	[]	Dolor abdominal	[]	[]	[]	Salivorra	[]	[]	[]	Epistaxis	[]	[]	[]	Malicia	[]	[]	[]	Gingivorragia	[]	[]	[]	Cefalea	[]	[]	[]	Hematuria	[]	[]	[]	Mareos	[]	[]	[]	Hematemesis	[]	[]	[]	Vómitos	[]	[]	[]	Meiema	[]	[]	[]	Hipotensión arterial	[]	[]	[]	Oliguria	[]	[]	[]	Anuria	[]	[]	[]	Hipertensión arterial	[]	[]	[]	Fascies neurotóxica	[]	[]	[]				
Locales	SI	NO	IGN	Locales	SI	NO	IGN																																																																																																													
Edema	[]	[]	[]	Dolor	[]	[]	[]																																																																																																													
Eritema	[]	[]	[]	Parestesia	[]	[]	[]																																																																																																													
Equimosis	[]	[]	[]	Necrosis	[]	[]	[]																																																																																																													
Sistémicos	[]	[]	[]	Sistémicos	[]	[]	[]																																																																																																													
Sudoración	[]	[]	[]	Dolor abdominal	[]	[]	[]																																																																																																													
Salivorra	[]	[]	[]	Epistaxis	[]	[]	[]																																																																																																													
Malicia	[]	[]	[]	Gingivorragia	[]	[]	[]																																																																																																													
Cefalea	[]	[]	[]	Hematuria	[]	[]	[]																																																																																																													
Mareos	[]	[]	[]	Hematemesis	[]	[]	[]																																																																																																													
Vómitos	[]	[]	[]	Meiema	[]	[]	[]																																																																																																													
Hipotensión arterial	[]	[]	[]	Oliguria	[]	[]	[]																																																																																																													
Anuria	[]	[]	[]	Hipertensión arterial	[]	[]	[]																																																																																																													
Fascies neurotóxica	[]	[]	[]																																																																																																																	





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

ACCIDENTE POR ANIMALES POINZOÑOSOS

FICHA CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

Dirección de Salud.....

Provincia..... Distrito..... Localidad.....

Establecimiento de Salud..... Caso N°.....

Nombre del Paciente:.....

Lugar de nacimiento del paciente:.....

Residencia:..... Lugar del accidente.....

Ocupación:..... Edad:..... Sexo:.....

Atendido: Ambulatorio () Hospitalizado () Herida manipulada (Si) (No)

Días de Estancia:.....

Accidente:..... (Fecha / / Hora :)

Atención:..... (Fecha / / Hora :)

Localización de la lesión:.....

Animal Agresor: Serpiente () Arácnido () Otro ().....

Género:..... Especie:..... Confirmado: (Si) (No)

Nombre común o popular:.....

Características del animal agresor:.....

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

LOCALES.

EDEMA	()	ERITEMA	()	EQUIMOSIS	()
DOLOR	()	PARESTESIA	()	NECROSIS	()

SISTÉMICAS:

SUDORACIÓN	()	FIEBRE	()	SIALORREA	()
MIALGIA	()	CEFALEA	()	MAREOS	()
VÓMITOS	()	DOLOR ABDOMINAL	()		
EPISTAXIS	()	GINGIVORRAGIA	()		
HEMATURIA	()	HEMATEMESIS	()		
MELENA	()	HEMOPTISIS	()		
HIPOTENSIÓN ARTERIAL	()	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	()		
OLIGURIA	()	ANURIA	()		
FASCIAS NEUROTÓXICA	()	PERDIDA DEL SENSORIO	()		





INTOXICACION ALIMENTARIA

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA		FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS DE ETA																																																			
I. DATOS GENERALES																																																					
DIRESA / DISA: _____ Red: _____		Microned: _____																																																			
Establecimiento: Hosp: [] CS: [] PS: []		Nombre: _____																																																			
II. DATOS DEL PACIENTE																																																					
Apellidos: _____		Nombres: _____																																																			
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Edad: _____ Sexo: M [] F []																																																			
Padre / Madre o apoderado: _____																																																					
Ocupación: _____																																																					
DOMICILIO																																																					
Departamento: _____		Provincia: _____																																																			
Distrito: _____		Localidad: _____																																																			
Dirección: _____																																																					
Referencia para localizar domicilio: _____																																																					
III. CUADRO CLÍNICO																																																					
Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____		Hora: ____:____																																																			
Ambulatorio: []		Hospitalizado: []																																																			
Defunción: []		Relación con el brote de ETA: Manipulador: [] Comensal: [] Otra: []																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Signos y síntomas</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Ignora</th> <th>Fecha inicio</th> <th>Signos y síntomas</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Ignora</th> <th>Fecha inicio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>✓ Náuseas</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>____/____/____</td> <td>✓ Fiebre</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>✓ Vómitos</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>____/____/____</td> <td>✓ Cefalea</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>✓ Diarrea</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>____/____/____</td> <td>✓ Otra: _____</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>✓ Dolor Abdominal</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>____/____/____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Signos y síntomas	Si	No	Ignora	Fecha inicio	Signos y síntomas	Si	No	Ignora	Fecha inicio	✓ Náuseas	[]	[]	[]	____/____/____	✓ Fiebre	[]	[]	[]	____/____/____	✓ Vómitos	[]	[]	[]	____/____/____	✓ Cefalea	[]	[]	[]	____/____/____	✓ Diarrea	[]	[]	[]	____/____/____	✓ Otra: _____	[]	[]	[]	____/____/____	✓ Dolor Abdominal	[]	[]	[]	____/____/____					
Signos y síntomas	Si	No	Ignora	Fecha inicio	Signos y síntomas	Si	No	Ignora	Fecha inicio																																												
✓ Náuseas	[]	[]	[]	____/____/____	✓ Fiebre	[]	[]	[]	____/____/____																																												
✓ Vómitos	[]	[]	[]	____/____/____	✓ Cefalea	[]	[]	[]	____/____/____																																												
✓ Diarrea	[]	[]	[]	____/____/____	✓ Otra: _____	[]	[]	[]	____/____/____																																												
✓ Dolor Abdominal	[]	[]	[]	____/____/____																																																	
Tratamiento: Nombre medicamento: _____ Inicio: ____/____/____ Hora: ____:____																																																					
IV. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS																																																					
Día de la ingestión	Alimentos ingeridos	Fecha	Lugar donde lo adquirió	Observaciones																																																	
En el día del inicio de los síntomas																																																					
En el día anterior al inicio de síntomas																																																					
Dos días antes del inicio de síntomas																																																					
V. LABORATORIO																																																					
Fecha de toma de muestras: ____/____/____		Fecha de envío a laboratorio: ____/____/____																																																			
Fecha de recepción en laboratorio: ____/____/____																																																					
Resultado: _____																																																					
VI. OBSERVACIONES																																																					
Nombre de la persona que investiga el caso: _____																																																					
Cargo: _____ Firma: _____																																																					





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGENITA

FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE SÍFILIS MATERNA Y SÍFILIS CONGENITA			
I. DATOS GENERALES			
Apellidos y Nombres de la Madre:	Código:		
Apellidos y Nombres del Niño:	(DNI Madre)		
Establecimiento de Salud Notificante:	Nivel del establecimiento:		
Institución: ☐ Ministerio de Salud ☐ EsSalud ☐ FFAA/FFPP ☐ Privado	☐ I-1 ☐ I-2 ☐ I-3 ☐ I-4 ☐ II-1 ☐ II-2 ☐ II-1		
DISA/DIRESA/GERESA:	Red: Micromed:		
Fecha de Notificación e Investigación: Día Mes Año	Semana Epidemiológica N°		
Investigación de: ☐ Sífilis materna ☐ Sífilis congénita			
II. SÍFILIS MATERNA			
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA MATERNA	1. Fecha de nacimiento: Día Mes Año		
2. Edad: años			
3. Lugar de residencia (habitual): País: Departamento: Provincia: Distrito: Localidad:			
EMBARAZO ACTUAL	4. Fecha de inicio de último periodo menstrual: Día Mes Año ☐ Desconocido		
5. Recibió atención prenatal: ☐ Sí ☐ No (ir a pregunta 8) ☐ Desconocido (ir a pregunta 8)			
6. Fecha de primer control prenatal: Día Mes Año ☐ Desconocido			
7. Edad gestacional en el primer control prenatal: _____ semanas			
8. Indique las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba no treponémica (RPR, VDRL) realizada durante la gestación, parto o puerperio:			
Fecha (día/mes/año)	Resultados	Título	Momento
a. ____/____/____	Reactivo ☐ No reactivo ☐ Desconocido ☐	1:____	Gestación ☐ Parto ☐ Puerperio ☐
b. ____/____/____	Reactivo ☐ No reactivo ☐ Desconocido ☐	1:____	Gestación ☐ Parto ☐ Puerperio ☐
9. Indique las fechas y resultados de la primera (a) y la más reciente (b) prueba treponémica (TPHA, TPPA, FTA Abs, ELISA, Prueba Rápida o Dual) realizada durante la gestación, parto o puerperio:			
Fecha (día/mes/año)	Tipo de prueba	Resultados	Momento
a. ____/____/____	☐ Prueba rápida/P. Dual ☐ Otra: _____	Reactivo ☐ No reactivo ☐ Desc ☐	Gestación ☐ Parto ☐ Puerperio ☐
b. ____/____/____	☐ Prueba rápida/P. Dual ☐ Otra: _____	Reactivo ☐ No reactivo ☐ Desc ☐	Gestación ☐ Parto ☐ Puerperio ☐
10. Durante el embarazo ¿fue la madre adecuadamente tratada?		11. Contacto(s) sexuales tratados(s):	12. Clasificación de caso de sífilis en la gestante:
☐ Sí ☐ No Indicar el motivo: ☐ Tratamiento sin penicilina ☐ Tratamiento durante los 30 días previos al parto ☐ No inició tratamiento durante la gestación ☐ Tratamiento incompleto (1 o 2 dosis)		☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido N° _____	☐ Probable ☐ Confirmado ☐ Descartado (Falso positivo) ☐ Descartado (Sífilis Memoria)





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

SINDROME GUILLAIN BARRE

Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de Vigilancia Síndrome Guillain Barré Síndrome Guillain Barré (código CIE10: G61.0)									
								Sem. Epid. N°	
I. DATOS GENERALES:								1. Fecha de Investigación:	
2. DIRESA/GERESA:				3. Red/ Micro Red/ Cias					
4. Establecimiento De Salud Notificante								E.S. 0-1 ☐ E.S. 0-2 ☐ E.S. 10-1 ☐ E.S. 10-2 ☐	
II. DATOS DEL PACIENTE								5. H.Clinica N°	
6. A. Paterno		A. Materno		Nombre		7. O.N.I.		8. Fecha de Nacimiento	
								9. Edad 10. Sexo	
11. Departamento		12. Provincia		13. Distrito		14. Localidad (Cae, A.H., Urb., Rural, etc.)		15. Dirección	
16. Causador				17. Teléfono del paciente o familiar					
18. Servicio de Hospitalización				Fecha Admisión en el EESS					
III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS									
¿En qué lugar estuvo hasta los 30 días previos al inicio de la parálisis?									
19. País:									
20. Departamento		20. Provincia		21. Distrito		22. Localidad (Cae, A.H., Urb., Rural, etc.)		23. Dirección	
24. / Antecedentes de enfermedad 4 semanas antes de inicio de parálisis									
F. Inicio F. Término									
Si ☐ No ☐ Enfermedad crónica "Cuál?"									
Medicación frecuente?									
Infección de vías respiratorias altas									
Infección gastrointestinal									
Síndrome febril									
Eritema									
Conjuntivitis no purulenta									
Dolores articulares									
25. Antecedente de vacunación previa antes de los 40 días									
Marque cuál: influenza estacional, Hepatitis B, Virus papiloma humano, DT, otra (especifique):									
26. Conoce de otras personas que presentaron fiebre y dolores articulares en los últimos 14 días? Si ☐ No ☐									
IV. DATOS CLÍNICOS DE ENFERMEDAD ACTUAL									
27. Fecha de inicio de actividad muscular									
28. Fecha de ingreso al Hospital y Servicio									
29. Signos y Síntomas (Marque con un "X" los síntomas y signos que presenta el paciente)									
Si No									
30. Fiebre									
31. Anormalidad subaracnoidea									
32. Dificultad urinaria									
33. Dificultad rectal									
34. Hipertensión									
35. Hipotensión									
36. Taquicardia sinusal									
37. Arritmia									
38. Hiponatremia (SHAD)									
39. Progresión de parálisis:									
Asimetría () Simetría ()									
Si No Ignorado									
Paresia () Parálisis ()									
Paresia craneal () Parálisis ()									
Flaccidez () Rigidez ()									
Sístole () Diástole ()									
Asimetría () Simetría ()									
Sensibilidad () Insensibilidad ()									
Paresia () Parálisis ()									
Si No									
Múscul. respiratorio () () ()									
Múscul. servomotor () () ()									
Otros:									
Cura total Dur () Seg ()									
EVALUACIÓN NEUROLÓGICA									
Reflejos									
Miembro Superior izquierdo									
Miembro superior derecho									
Miembro inferior izquierdo									
Miembro inferior derecho									
Sensibilidad									
Miembro Superior izquierdo									
Miembro superior derecho									
Miembro inferior izquierdo									
Miembro inferior derecho									
Tono									
Miembro Superior izquierdo									
Miembro superior derecho									
Miembro inferior izquierdo									
Miembro inferior derecho									





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

MUERTE MATERNA



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General
de EpidemiologíaFICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA
DE MUERTE MATERNA

FECHA DE NOTIFICACIÓN:		HORA:		hh/mm		
DISA/DIRESA QUE NOTIFICA:						
RED DE SALUD:						
INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA:	☐ MINSA	☐ ES SALUD	☐ SS FF PP	☐ PRIVADO	☐ OTROS	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:
IDENTIFICACIÓN POR:	VIG. PASIVA	☐	VIG. ACTIVA	☐		
DATOS DE LA FALLECIDA:						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		EDAD años
DOMICILIO:						
Distrito		Provincia		Departamento		
DATOS DEL FALLECIMIENTO O DEFUNCIÓN:						
MOMENTO DE FALLECIMIENTO:	☐ GESTACIÓN	☐ PARTO	☐ PUERPERIO	☐ ABORTO	☐ INDETERMINADO	FECHA: HORA:
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO	semanas					
LUGAR DE FALLECIMIENTO:	NOMBRE DEL EE.SS. U OTRO LUGAR DEL DECESO:					
CATEGORÍA EE. SS.		DOMIC.	TRAYECTO	PRIVADO	OTRO EE.SS.	
I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	
DISTRITO: PROVINCIA: DEPARTAMENTO:						
PERMANENCIA EN EL EE.SS.		Nº DÍAS		HORAS		
REFERIDA:	SI ☐	NO ☐	EE.SS. ORIGEN DE REFERENCIA:			
DISTRITO:		PROVINCIA:		DEPARTAMENTO:		
CAUSAS DE DEFUNCIÓN:						CIE - 10
CAUSA BÁSICA PROBABLE:						
CAUSA INTERMEDIA PROBABLE:						
CAUSA FINAL PROBABLE:						
CLASIFICACIÓN INICIAL DE MUERTE MATERNA:						
DIRECTA: ☐		INDIRECTA: ☐		INCIDENTAL: ☐		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL INFORMANTE		CARGO		FIRMA		
OBLIGATORIO CONSIGNAR NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA NOTIFICACIÓN Y FIRMA PARA TENER VALIDIZ						





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

RUBEOLA CONGENITA

 Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología	Caso Probable de Síndrome de Rubéola Congénita (CIE – 10: P35.0) FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA	
	Se considera como caso probable de SRC a todo niño menor de un año de edad en el cual: a) Se detecte uno o más de los siguientes: cataratas/glaucoma congénito, cardiopatía congénita, hepato-esplenomegalia, deficiencia auditiva, retinopatía pigmentaria, microcefalia, microftalmia, púrpura, trombocitopenia, radio-transparencia ósea de huesos largos y retraso en el desarrollo psicomotor. b) Se conozca que la madre haya tenido rubéola confirmada por laboratorio o exista sospecha de ésta, durante el embarazo. c) Recién nacido con diagnóstico probable de TORCHS. Los lactantes con bajo peso al nacer deben ser cuidadosamente examinados en búsqueda de defectos congénitos presentes en el SRC.	
I. Identificación del niño (preguntar directamente a la madre; incluir en la dirección)		
Nombre del niño: _____ Fecha de ingreso: ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de captación: ____/____/____ Sexo: M [] F [] Diagnóstico de ingreso: _____ Nº de Historia clínica: _____ Nombre de la madre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Referencia: _____ Localidad: _____ Tipo de Localidad: Urbano [] Rural [] Desconocido [] Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____		
II. Historia materna		
Edad de la madre (en años) _____ Número de embarazos previos _____ Tiene vacuna contra la rubéola? SI / NO Si es sí, en qué fecha: ____/____/____ Tuvo enfermedad con fiebre y exantema maculopapular durante el embarazo? SI / NO Si es sí, a. ¿en qué mes del embarazo?: _____ b. ¿fue confirmada por laboratorio la Rubéola en la madre? SI / NO Se expuso durante el embarazo a alguna persona (de cualquier edad) con enfermedad eruptiva maculopapular con fiebre? SI / NO Si es sí, en qué mes del embarazo?: _____ Viajó durante el embarazo? SI / NO Si es sí, a. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando viajó?: _____ b. Describir a dónde viajó: _____		
III. Datos clínicos del niño o niña Fecha de examen clínico: ____/____/____		
Peso al nacer (g): _____ ; Edad Gestacional (semanas): _____ ; ¿Nació Prematuro? SI/ NO : _____ APGAR: ____' ____" Marque con una "X" los síntomas o signos que presenta		
Ojos Cataratas [] Glaucoma [] Retinopatía Pigmentaria [] Microftalmia [] Corazón Persistencia del conducto arterioso [] Estenosis periférica arteria pulmonar [] Otros defectos del corazón [] Oídos Defecto de la audición []	Generales Trombocitopenia [] Pequeño para edad gestacional [] Microcefalia [] Retraso del desarrollo psicomotor [] Púrpura [] Hepatomegalia [] Esplenomegalia [] Radio-transparencia huesos largos [] Meningoencefalitis [] Ictericia []	
Otras anomalías: SI/ NO Si es sí, describa: _____		





Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

RIESGO DE EXPOSICION E INTOXICACION POR PLAGICIDAS

PERU Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA DEL RIESGO DE EXPOSICION E INTOXICACION POR PLAGICIDAS			
Código de identificación	Fecha de conocimiento a nivel local	Fecha de notificación del Establecimiento	Fecha de Investigación	Fecha de Notificación a la DGA/DRESA	Fecha de Notificación Nacional
I. DATOS GENERALES					
Nombre del establecimiento: _____					
DRESA/DGA _____		Red _____		Móvil _____	
Ubicación: Localidad _____		Distrito _____		Provincia _____ Departamento _____	
Captado: Servicio Emergencia _____		S. Hospitalización _____		Consulta Externa _____ Otros _____	
Notificación Regular ☐ Búsqueda Activa ☐ Situación de Riesgo ☐ Investigación de Brote ☐ Otros _____					
II. DATOS DEL PACIENTE					
Nombres _____		Apellidos _____			
Fecha de Nacimiento: ____/____/____		Lugar de Nacimiento: _____			
Edad: ____ Años () Meses ()		Sexo: M () F ()		DN: _____ Embarazada: Si () No ()	
Grado de instrucción: Inicial ()		Primaria ()		Secundaria () Superior () Sin instrucción ()	
Seguro: SI () Es Salud ()		Otro: _____		Ocupación: _____	
PROCEDENCIA		DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL			
Departamento: _____		Provincia: _____		Distrito: _____	
Localidad: _____		Centro Poblado: _____		Teléfono/Celular: _____	
Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, vecinos, jefe o patrón, lugar de trabajo, etc): _____					
Etnia: Mestizo () Afrodescendiente () Andino () Indígena Amazónica () Asiático descendiente () Otros _____					
Procedencia Habitual: Urbana () Urbana marginal () Rural Campesina () Campesino ()					
III. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO					
3.1 Fecha de la intoxicación: ____/____/____		3.2 Hora: _____ A.M. () P.M. ()			
3.3 Lugar de ocurrencia de la intoxicación:		1. Casa () 2. Escuela () 3. Trabajo ()			
4. Especificar el lugar de trabajo: _____		5. Otros (especificar): _____			
3.4 Ubicación en donde se intoxicó: _____					
DIRECCION _____		Localidad / Caserio / Anexo _____		Distrito _____ Provincia _____	
3.5 Alimentos involucrados en la exposición (especificar): _____					
3.6 Tipo de producto:		1. Plaguicida () 2. Otros (especificar): _____			
3.7 Nombre del producto: _____		3.8 Concentración: _____		3.9 Presentación: _____	
3.10 Cantidad utilizada: _____		3.11. Donde lo obtuvo: _____			
3.12 Circunstancia de Intoxicación:		1. Laboral () 2. Accidental No Laboral () 3. Voluntaria (Intencional Suicidio) ()			
4. Provocada (Intento de homicidio) ()		5. Otros: _____		6. Desconocida ()	
3.13 Actividad que realizaba en el momento de la Exposición/Intoxicación (Elija una o si es múltiple):					
1. Producción Formulación Síntesis ()		2. Almacenamiento/Distribución/Expendio ()		3. Uso Agrícola ()	
4. Uso en Salud Pública ()		5. Mantenimiento de Equipo ()		6. Uso humano ()	
7. Uso domiciliario ()		8. Uso veterinario ()		9. Reentrada en cultivo ()	
10. Manejo de plaguicidas sin protección ()		11. Mezcla - Recarga ()		12. Transporte ()	
13. Otros (especificar): _____		14. Realiza buenas prácticas en el manejo de plaguicidas 1. Si () 2. No ()			
3.14 Tiempo de exposición: _____ (Años), (Meses), (Días), (Horas), (Minutos)					





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

EDA

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA		VIGILANCIA CENTINELA DE EDA (CIE 10: A00 - A09) FICHA CLÍNICA	
CÓDIGO	FECHA DE NOTIFICACIÓN: ____/____/____	FECHA DE INVESTIGACIÓN DEL CASO: ____/____/____	
I. DATOS GENERALES			
DISA: _____ Red: _____		Establecimiento notificante: _____	
Captación del caso: Pasiva () Activa ()		Vigilancia Comunal () Seguimiento de contactos ()	
II. DATOS DEL PACIENTE			
Apellido paterno: _____		Apellido Materno: _____	
Nombres: _____			
Edad: _____	Años ()	Sexo: M () F ()	
	Meses ()	Si es menor de 1 año, anotar meses	
	Días ()	Si es menor de 1 mes, anotar días	
Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____			
Ocupación: _____		Teléfono de contacto: _____	
Domicilio actual		Zona*: []	
Departamento: _____		Via** []	
Provincia: _____		Número / km. / Mz.: _____	
Distrito: _____		Int. / Dep. / Lote: _____	
Localidad: _____			
Zona de residencia: Urbana () Rural ()			
III. DATOS CLÍNICOS			
Características de la diarrea: _____		Tiempo de enfermedad: ____/____/____	
Tipo de diarrea: EDA acuosa () EDA disintérica () EDA persistente ()		N° Historia Clínica: _____	
Número de deposiciones por día: _____			
Tratamiento:			
Plan de tratamiento: A () B () C ()			
Tratamiento antibiótico: Si () No ()			
Antibiótico usado	Tetraciclina ()	Cotrimoxazol ()	Doxiciclina ()
	Cloranfenicol ()	Otro _____	Ciprofloxacina ()
Evolución del paciente:			
Hospitalizado: Si () No ()		Ambulatorio: Si () No ()	
Fecha: ____/____/____			
Fecha de toma de muestra: ____/____/____			
Microorganismo aislado: _____			
Nombre de la persona que investiga el caso: _____			
Cargo: _____		Firma: _____	

* Códigos de Zona: [1] Urbanización, [2] Villa, [3] Cooperativa, [4] Proyecto Municipal de vivienda [5] PPIJ / AAHH [6] Otro

** Via: [1] Avenida, [2] Calle, [3] Pasaje, [4] Jirón, [5] Otro

Dirección General de Epidemiología - MINSA
Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 631-4500



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

IRAG

Ficha de investigación clínico epidemiológica de Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios (OVR).
Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), IRAG inusitada, fallecimiento por IRAG

ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE			
Establecimiento de Salud:		DIRESA / DISA:	
Nombre del médico tratante:		Carnet:	
Tipo de Vigilancia: ☐ Vig. Influenza y OVR ☐ IRAG ☐ IRAG inusitada ☐ Fallecido por IRAG			
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido paterno:		Apellido materno:	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):		Edad: Años Meses	
Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ DNI:		Ocupación:	
Dirección y/o domicilio:		Teléfono:	
Departamento:		Provincia: Distrito:	
ANTECEDENTES			
Contactos con otras personas con sintomatología respiratoria en últimos 7 días: ☐ Si ☐ No			
Contacto con animales: ☐ Si ☐ No ¿Cuáles?:			
País-lugar que visitó últimos 15 días (Lugar, fecha ingreso y salida):			
ninguno			
Vacunación Antigripal: ☐ Si ☐ No Fecha de Vacunación (dd/mm/aa):			
CLÍNICA			
Fecha de inicio de síntomas:			
Fiebre: ☐ Si ☐ No		Medida con termómetro: ☐ Si ☐ No	
Tos: ☐ Si ☐ No		Otorrrea: ☐ Si ☐ No	
Dolor garganta: ☐ Si ☐ No		Fotofobia: ☐ Si ☐ No	
Rinorrea: ☐ Si ☐ No		Congestión conjuntival: ☐ Si ☐ No	
Expectoración: ☐ Si ☐ No		Vómitos: ☐ Si ☐ No	
Sibilancias: ☐ Si ☐ No		Dolor abdominal: ☐ Si ☐ No	
Congestión faríngea: ☐ Si ☐ No		Diarrea: ☐ Si ☐ No	
Cianosis: ☐ Si ☐ No		Taquipnea: ☐ Si ☐ No	
Otras manifestaciones:		Temperatura Máxima (°C):	
		Adenopatías: ☐ Si ☐ No	
		Astenia: ☐ Si ☐ No	
		Cefalea: ☐ Si ☐ No	
		Mucositas: ☐ Si ☐ No	
		Malestar general: ☐ Si ☐ No	
		Erupción dérmica: ☐ Si ☐ No	
		Hipoxia: ☐ Si ☐ No	
Criterios de gravedad (compromiso sistémico)			
Hospitalización: ☐ Si ☐ No		Dificultad respiratoria: ☐ Si ☐ No	
Falla multi orgánica: ☐ Si ☐ No		Colapso circulatorio: ☐ Si ☐ No	
Diagnóstico presuntivo:		Muerte: ☐ Si ☐ No	
Laboratorio			
Tipo de muestra	Fecha de obtención (dd/mm/aa)	Tipo de Prueba	Resultado
Hisopado nasal:			
Hisopado faríngeo:			
Aspirado nasofaríngeo:			
Suero de fase aguda:			
Suero de fase convalescente:			
Otros:			
Tratamiento			
Antibióticos: ☐ Si ☐ No		Antivirales: ☐ Si ☐ No	
¿Cuáles?:		¿Cuáles?:	
Para casos hospitalizados por IRAG/IRAG inusitadas y fallecidos por IRAG			
Fecha de Hospitalización:		Fecha de Alta:	
Co-morbilidad 1.		2.	
Fecha de defunción:		Causa de la defunción:	
Fecha de llenado de la ficha:		1.	
Fecha de notificación:		2.	
		3.	

Ministerio
de SaludDirección General
de Epidemiología

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MUERTE FETAL Y NEONATAL
SUBSISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PERINATAL Y NEONATAL

[illegible]

Winnipeg 517 NW 441 Street

© 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 459–466





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

SINDROME FEBRIL

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE SÍNDROME FEBRIL

NOMBRE ENCUESTADOR: _____ FECHA DE ENCUESTA: _____
 APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE: _____
 EDAD: _____ años _____ meses SEXO: 1= Masculino 0= Femenino
 Provincia: _____ Distrito: _____ Dirección: _____

Tiempo de residencia: _____ Ocupación principal: _____

¿Ha tenido fiebre en este año? (desde enero) _____ 1=Si; 0=No; 3=No sabe; 9=No responde

¿Alguna familiar ha tenido la misma enfermedad que usted tiene? _____ 1=Si; 0=No; 3=No sabe; 9=No responde

¿Ha viajado durante este año? _____ 1=Si; 0=No; 3=No sabe; 9=No responde

Si la respuesta anterior es SI pase a la siguiente pregunta?

¿Adonde viajó? _____ ¿Cuánta tiempo permaneció? _____

¿Ha sido vacunado contra la hepatitis? _____ 1=Si; 0=No; 3=No sabe; 9=No responde Cuando? ____/____/____

¿Ha sido vacunado contra la fiebre amarilla? _____ 1=Si; 0=No; 3=No sabe; 9=No responde Cuando? ____/____/____

EPISODIO ACTUAL

Fecha inicio de síntomas del paciente: ____/____/____ Forma de inicio: 1=Brusco; 2=Insidioso

SÍNTOMAS	FECHA
Fiebre 0=No; 1=Mañana; 2=Tarde; 3=Noche; 4=Todo el día; 5=Otro	
Escalofríos 0=No; 1=Si	
Cefalea 0=No; 1=Leve; 2=Moderada; 3=Severa	
Malestar General 0=No; 1=Si	
Asíntoma (debilidad) 0=No; 1=Si	
Mareos 0=No; 1=Si	
Somnolencia 0=No; 1=Si	
Rinorrea 0=No; 1=Si	
Tos 0=No; 1=Si	
Expectoración 0=No; 1=Si	
Odinofagia 0=No; 1=Si	
Otalgia 0=No; 1=Si	
Disnea 0=No; 1=Si	
Palidez de piel 0=No; 1=Si	
Petequias 0=No; 1=Si	
Náuseas 0=No; 1=Si	
Vómitos 0=No; 1=Si	
Hiporexia 0=No; 1=Si	
Dolor abdominal 0=No; 1=Si	
Diarrea 0=No; 1=Si	
Tipo: 1=Aguda; 2=Disentérica; 3=Persistente	
Disuria 0=No; 1=Si	
Polaquiuria 0=No; 1=Si	
Tenesmo 0=No; 1=Si	
Oliguria 0=No; 1=Si	
Mialgias 0=No; 1=Leve; 2=Moderada; 3=Severa	
Artralgia 1=Leve; 2=Moderada; 3=Severa	
Ictericia 0=No; 1=Si	
Coluria 0=No; 1=Si	
Epiptaxis 0=No; 1=Si	
Inyección conjuntival 0=No; 1=Si	
Fotofobia 0=No; 1=Si	
Dolor retro ocular 0=No; 1=Si	
Convulsiones 0=No; 1=Si	

Cefalea, Artralgia y Mialgia: Leve: No interfiere con actividades diarias

Moderada: Interfiere parcialmente con actividades diarias

Severa: Interfiere totalmente con actividades diarias

