

MANUAL DE NOTIFICACIÓN

Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León

MANUAL DE NOTIFICACIÓN

Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria

CITA SUGERIDA

Dirección General de Salud Pública. Manual de Notificación: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. 1ª edición
Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Valladolid 2007.

AUTORES Y REVISORES

González Perez, Luis Carlos. Jefe de Sección de Epidemiología. Salamanca
Martín Marín, Cristina. Técnico Facultativo. Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles.
Ramos Tejera, Julio. Jefe de Sección de Epidemiología. León.
Ruiz Sopena, Cristina. Técnico. Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles.
Ruiz Cosín, Carmelo. Jefe del Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles.

COLABORADORES

Jefes de Sección y Técnicos Facultativos de las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social y del Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles (Marta Allue Tango, Ana Carmen Berjón Barrientos, Eduardo Doderó de Solano, María Teresa Gallardo López, M^a José García Alonso, Mercedes Gómez de Baluguera Goicolea, Jose Ángel Gómez de Caso Canto, Henar Marcos Rodríguez, Loreto Mateos Barruque, José Luis Morales Pascual, Teresa Muñoz Ciudad, M^a del Carmen Pacheco Martínez, M^a Jesús Rodríguez Recio, Almudena Rodríguez Sanchez, M^a del Carmen Viña Simón y Jose Luis Yañez Ortega).

Edita: Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública y Consumo

Depósito Legal: LE-658-2007

Diseño, maquetación e impresión: **G. Celarayn, S.A.**



MANUAL DE NOTIFICACIÓN

Sistema de Enfermedades
de Declaración Obligatoria

Red de Vigilancia Epidemiológica
de Castilla y León



Presentación

La notificación de enfermedades de declaración obligatoria, basada en la universalidad, la obligatoriedad y la oportunidad, constituye una pieza fundamental de la vigilancia epidemiológica contando con una amplia tradición en nuestro país y tiene como finalidad la detección precoz de los casos y la toma de decisiones para el control de la enfermedad.

En este proceso los profesionales sanitarios son elementos clave, y sin su participación constante y responsable no sería posible establecer una adecuada protección de la salud de la población.

La regulación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, a través del Decreto 69/2006, de fecha 5 de octubre, se apoya en la vigilancia preexistente, realizando cambios que la desarrollan y potencian, haciéndola más útil. Por ello, reconociendo la importancia del papel de los notificadores, publicamos este manual para apoyar y facilitar el desempeño de su función de la manera más eficaz posible.

Constituye para nosotros una satisfacción presentar este “MANUAL DE NOTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA”, dirigido a la totalidad de los médicos en su calidad de declarantes a este Sistema de Vigilancia, el más antiguo y uno de los que tiene carácter básico en el contexto de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Castilla y León.

Confiamos que este documento técnico sea de utilidad a nuestros profesionales sanitarios, que constituyen la base de este sistema de información, al tiempo que les invitamos a hacernos llegar sus comentarios para que las sucesivas ediciones continúen contribuyendo a potenciar y modernizar nuestra Red de Vigilancia Epidemiológica.

Jose María Arribas Andrés
Director General de Salud Pública y Consumo



ÍNDICE

Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria

1. Introducción	9
2. Objetivo	9
3. ¿Quién debe notificar?	9
4. ¿Qué se debe notificar?	10
5. Modalidades de notificación	10
6. Periodicidad de la notificación	13
7. Procedimientos de notificación	13
8. Lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria	15

Definiciones de caso de las Enfermedades de Declaración Obligatoria

Principios generales	17
Botulismo	18
Brucelosis.....	18
Campilobacteriosis	19
Carbunco	19
Cólera	20
Criptosporidiosis	20
Difteria	21
Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas	22
Enfermedad de Lyme	23
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo <i>b</i>	24
Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	24
Enfermedad meningocócica.....	25
Fiebre amarilla	25
Fiebre exantemática mediterránea	26
Fiebres hemorrágicas virales	26
Fiebre Q.....	27
Fiebre recurrente por garrapatas.....	27
Fiebre tifoidea y paratifoidea	28
Giardiasis	28
Gripe	29
Hepatitis A.....	29
Hepatitis B.....	29
Hepatitis C.....	30
Hepatitis víricas (Otras).....	30
Hidatidosis	31
Infección gonocócica	31
Infección por <i>Escherichia coli</i> enterohemorrágico.....	32
Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	33
Infecciones por <i>Chlamydia</i>	33
Infecciones humanas por virus de la gripe aviar H5N1 (u otros subtipos).....	34
Leishmaniasis.....	35
Legionelosis.....	35
Lepra.....	36
Leptospirosis	36
Listeriosis.....	37
Meningitis víricas.....	37
Otras enfermedades de transmisión sexual.....	38
Otras meningitis bacterianas.....	38
Paludismo.....	39

Parotiditis	39
Peste.....	40
Poliomielitis y Parálisis flácida aguda en menores de 15 años	40
Rabia.....	41
Rubéola	41
Salmonelosis de transmisión alimentaria (excepto <i>Salmonella typhi</i> y <i>Salmonella paratyphi</i>).....	42
Sarampión	42
Shigelosis.....	43
Sífilis.....	43
Sífilis congénita.....	44
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).....	45
Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS)	46
Síndrome de rubéola congénita	47
Tétanos	48
Tétanos neonatal.....	48
Tifus exantemático	49
Tos ferina.....	49
Toxoplasmosis	50
Triquinosis	50
Tuberculosis (cualquier localización).....	51
Tularemia.....	51
Varicela	52
Yersiniosis	53
Brotos epidémicos de cualquier etiología	53

Anexos

I. Decreto 69/2006, de 5 de octubre, por el que se regula la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León.....	55
II. Orden SAN /2128/2006, de 27 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León	58
III. Orden SAN/76/2007, de 16 de enero, por la que se regula el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Situaciones Epidémicas y Brotes	61
IV. Formulario de notificación individualizada (Modelo A)	64
V. Formulario de notificación semanal numérica del médico (Modelo B)	65
VI. Formulario de notificación semanal de Centro Sanitario (Modelo C)	66
VII. Formulario de notificación urgente de brotes y situaciones epidémicas	67
VIII. Directorio	68



Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria

1. Introducción:

El Boletín Oficial de Castilla y León del día 8 de enero de 2007 publica la ORDEN SAN/2128/2006, de 27 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León (Anexo II).

La normativa de este sistema de la Red de Vigilancia Epidemiológica, se hace en desarrollo del DECRETO 69/2006 de 5 de octubre (Anexo I) por el que se regula la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León (BOCyL. nº 197 de 11 de octubre de 2006), y supone cambios importantes respecto a la normativa autonómica anterior.

Las **principales novedades** de dicha Orden son las siguientes:

- Se amplía la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, en adelante EDO, en sintonía con las contempladas en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y en la Red de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades Transmisibles de la Unión Europea.
- Se establecen en cuatro las modalidades de notificación de las EDO en función de sus diferentes características epidemiológicas y de su trascendencia sanitaria:
 - Notificación numérica.
 - Notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.
 - Notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.
 - Notificación de enfermedades incluidas en sistemas especiales.
- Se incluye en la modalidad de declaración individualizada toda la lista de EDO, a excepción de la Gripe.
- Se establece como unidad básica de declaración al médico.

Con la presente Orden, dejan de ser EDO las siguientes rúbricas que figuraban en la Orden de la Consejería de Bienestar Social de 1 de agosto de 1985: Diarreas Agudas Inespecíficas, Escabiosis, Escarlatina, Fiebre Recurrente por Piojos, Fiebre Reumática Aguda, Infección Respiratoria Aguda, Neumonía, Oftalmia Neonatorum, Sepsis Puerperal, Toxiinfección Alimentaria y Tracoma.

A fin de facilitar el cumplimiento de la notificación, este manual incluye la lista de EDO en la Comunidad de Castilla y León, las definiciones de caso a efectos de vigilancia, la definición de brote epidémico, los diferentes formularios de notificación y la normativa actual.

2.- Objetivo:

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria es un sistema básico de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, que está orientado a la detección y control en tiempo oportuno de los casos de aquellas enfermedades transmisibles que, por su potencial epidémico, representen un riesgo para la salud de la población.

3. ¿Quién debe notificar?

Todos los médicos en ejercicio, tanto público como privado, en el ámbito territorial de la Comunidad de Castilla y León.

El resto del personal sanitario, tanto del sector público como privado, que durante su trabajo tuviera conocimiento de la posible existencia de alguna EDO, debe comunicarlo a los responsables de la actividad asistencial de su centro de trabajo.

Los responsables de los centros con actividad asistencial deben notificar aquellos casos que en función de su cargo les comuniquen.

4.- ¿Qué se debe notificar?

Las enfermedades que figuran en el Anexo I de la ORDEN SAN/2128/2006, de 27 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León (ver página 15 de este manual).

La notificación se hará ante la **sospecha clínica**.

Debe ser notificado todo caso incidente del que no se tenga constancia expresa de haber sido declarado con anterioridad o por otra fuente. Por ello, el médico sólo podrá obviar la declaración ante la evidencia probada de que el caso que atiende está ya declarado. El sistema cuenta con mecanismos para evitar los duplicados.

5.- Modalidades de notificación:

Notificación NUMÉRICA: se refiere al total de los 64 procesos incluidos en la lista de EDO. Existen dos tipos de impreso para esta declaración (Anexos V y VI):

- El formulario de notificación semanal numérica del médico (Modelo B): Es una hoja de registro semanal en la que deberá recogerse numéricamente los casos de EDO, sospechados o confirmados por cada médico en la semana correspondiente y que no hayan sido previamente declarados. El formulario cuenta con una casilla que deberá ser marcada en caso de que durante la semana no se hayan atendido casos de enfermedades sujetas a declaración obligatoria.
- El formulario de notificación semanal de centro sanitario (Modelo C), agrega la información aportada en los formularios Modelo B para cada centro.

En la declaración semanal numérica se incluye una casilla para registrar los brotes de cualquier etiología. En ella se reflejará si se ha detectado algún brote durante esa semana. La notificación de situaciones epidémicas y brotes está recogida específicamente en la Orden SAN/76/2007, de 16 de enero, por la que se regula el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Situaciones Epidemiológicas y Brotes (Anexo III).

Notificación INDIVIDUALIZADA CON DATOS EPIDEMIOLÓGICOS BÁSICOS: excepto la gripe, única rubrica de notificación sólo numérica, todas las enfermedades de la lista EDO son además de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos, por lo que, de cada caso diagnosticado, debe registrarse una serie mínima de datos necesarios para las actividades de vigilancia y control.

Son enfermedades de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos (DEB) las siguientes 32 enfermedades de la lista de EDO:

Brucelosis, Campilobacteriosis, Carbunco, Criptosporidiosis, Enfermedad de Lyme, Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae*, Fiebre exantemática mediterránea, Fiebre Q, Fiebre recurrente por garrapatas, Fiebre tifoidea y paratifoidea, Giardiasis, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis víricas (otras), Infección gonocócica, Infecciones por *Chlamydia*, Leishmaniasis, Legionelosis, Leptospirosis, Meningitis víricas, Otras enfermedades de transmisión sexual, Otras meningitis bacterianas, Paludismo, Salmonelosis de transmisión alimentaria (excepto *Salmonella typhi* y *Salmonella paratyphi*), Shigelosis, Sífilis, Tétanos, Toxoplasmosis, Tularemia, Varicela y Yersiniosis.

En el caso de estas enfermedades, debe cumplimentarse el formulario de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos (Modelo A) y enviarse conjuntamente con el formulario de notificación numérica (Modelo B).

Notificación URGENTE E INDIVIDUALIZADA CON DATOS EPIDEMIOLÓGICOS BÁSICOS: existen algunas enfermedades que son de declaración urgente y por tanto deben ser declaradas de forma inmediata, dentro de las primeras 24 horas desde el diagnóstico de sospecha, utilizando para ello el teléfono, fax o cualquier otra vía que



garantice la inmediatez y confidencialidad de la declaración a las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social o a través del Sistema de Alertas Epidemiológicas y su respuesta rápida (112), en el caso de tardes, noches, festivos y fines de semana.

Son enfermedades de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos las siguientes 21 enfermedades de la lista de EDO y los brotes epidémicos de cualquier etiología:

Botulismo, Cólera, Difteria, Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo b, Enfermedad meningocócica, Fiebre Amarilla, Fiebres hemorrágicas virales, Infección por *Escherichia Coli* enterohemorrágico, Infecciones humanas por virus de la Gripe Aviar H5N1 (u otros subtipos), Listeriosis, Parálisis flácida aguda en menores de 15 años, Parotiditis, Peste, Poliomieltis, Rabia, Rubéola, Sarampión, Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS), Tifus exantemático, Tos ferina y Triquinosis.

En el caso de estas enfermedades además de su notificación urgente, debe cumplimentarse el formulario de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos (Modelo A) y enviarse conjuntamente con el formulario de notificación numérica (Modelo B), en la semana de su sospecha.

En la notificación urgente de brote debe facilitarse toda la información disponible hasta ese momento. La información mínima necesaria está contenida en el Formulario de notificación urgente de brote y situaciones epidémicas (Anexo VII).

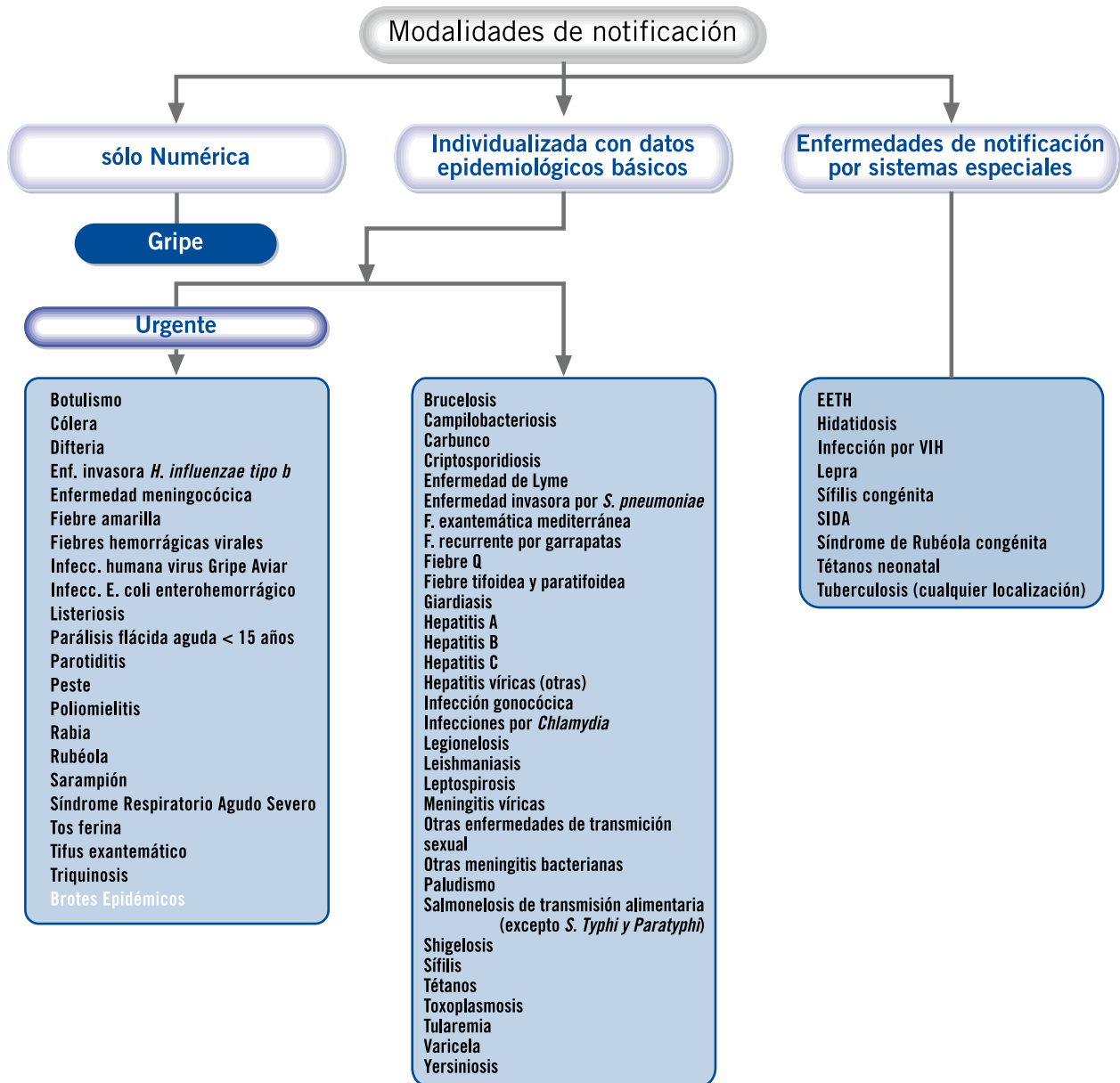
Notificación por SISTEMAS ESPECIALES: son enfermedades de notificación por Sistemas Especiales las siguientes 9 enfermedades de la lista de EDO:

Encefalopatías Espongiformes de Transmisión Humana (EETH), Hidatidosis, Infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Lepra, Sífilis congénita, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Síndrome de rubéola congénita, Tétanos neonatal y Tuberculosis (cualquier localización).

Mientras no se publique normativa que regule estos sistemas, la notificación de estas enfermedades se realizará en el formulario de notificación individualizada (Modelo A), completándose con sus formularios específicos en el caso de Encefalopatías Espongiformes de Transmisión Humana, Lepra, Tuberculosis y SIDA.

Para esta modalidad se seguirán los circuitos descritos para el resto de las enfermedades de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

SISTEMA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA MODALIDADES DE NOTIFICACIÓN





6.- Periodicidad de la Notificación:

La unidad básica temporal de notificación y análisis es la semana que, a efectos epidemiológicos, empieza el domingo a las cero horas y finaliza el sábado siguiente a las 24 horas.

Todos los casos de EDO se notificarán semanalmente a las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social antes del jueves siguiente a la semana cerrada.

La notificación de las enfermedades de declaración urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos se realizará de forma inmediata por teléfono, fax, o cualquier otra vía que garantice la inmediatez y confidencialidad de la declaración.

7.- Procedimientos de Notificación:

El procedimiento para la notificación se realizará conforme al siguiente circuito:

- En el ámbito de la **atención primaria**, tanto público como privado, los médicos entregarán al responsable de la actividad asistencial de su centro, con carácter semanal y el lunes siguiente a la semana cerrada, un formulario de notificación semanal numérica de caso (Modelo B), incluyendo el número de casos de enfermedades de declaración obligatoria vistos en la semana, al que se acompañarán tantos formularios de notificación individualizada (Modelo A) como casos tenga registrados de estas enfermedades en el formulario numérico. El responsable de la actividad asistencial agrupará toda la información generada en el centro en el formulario de notificación semanal de centro sanitario (Modelo C) y la remitirá, junto con todos los Modelos A y B que le hayan entregado, a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de su provincia, antes del jueves siguiente a la semana cerrada.

Esta información incluirá la generada durante la atención continuada.

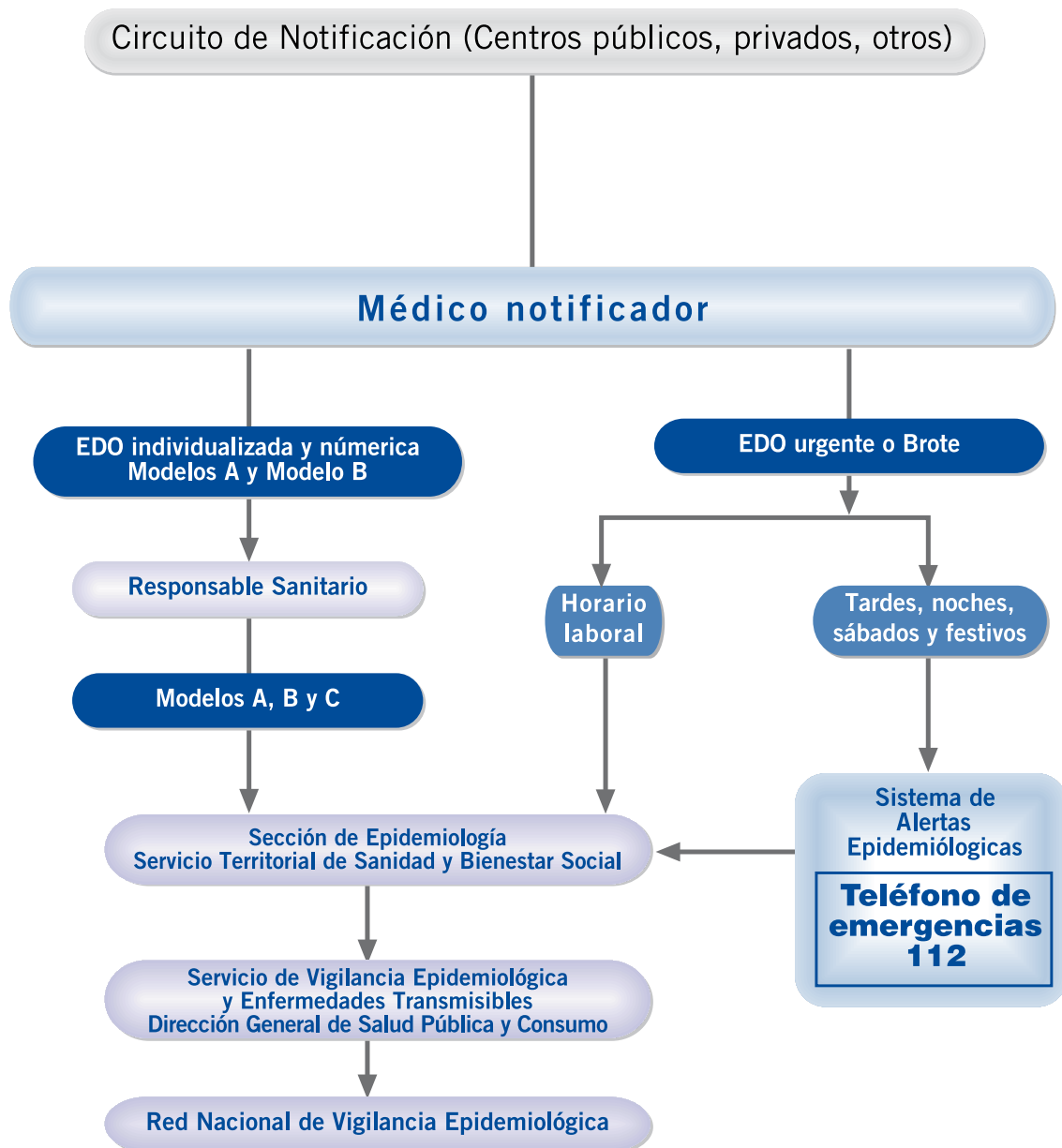
Las enfermedades de declaración urgente se deberán notificar dentro de las primeras 24 horas desde el diagnóstico de sospecha, de forma directa por el médico que diagnostica el caso a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social. Los días festivos, fines de semana y fuera de la jornada laboral habitual, la notificación se hará a través del Sistema de Alertas Epidemiológicas y su respuesta rápida (112).

- En el ámbito de la **atención especializada**, tanto público como privado, los médicos entregarán las notificaciones de casos de EDO cumplimentadas en los Modelos A y B, al responsable de la actividad asistencial del centro, quien remitirá la información agrupada en el formulario de notificación semanal de centro sanitario (Modelo C) y la remitirá, junto con todos los Modelos A y B que le hayan entregado, a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de su provincia, antes del jueves siguiente a la semana cerrada.

Si existiera en el centro de atención especializada un Servicio de Medicina Preventiva, podrá asignarse a este servicio la función de recepción y envío de la información, así como su agrupación.

Las enfermedades de declaración urgente se deberán notificar dentro de las primeras 24 horas desde el diagnóstico de sospecha, de forma directa por el médico que diagnostica el caso a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social. Los días festivos, fines de semana y fuera de la jornada laboral habitual, la notificación se hará a través del Sistema de Alertas Epidemiológicas y su respuesta rápida (112).

SISTEMA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA CIRCUITO DE NOTIFICACIÓN





8.- Lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria:

LISTADO EDO	MODALIDAD de declaración
Botulismo	Urgente e individualizada DEB
Brucelosis	Individualizada DEB
Campilobacteriosis	Individualizada DEB
Carbunco	Individualizada DEB
Criptosporidiosis	Individualizada DEB
Cólera	Urgente e individualizada DEB
Difteria	Urgente e individualizada DEB
Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH)	Sistemas especiales
Enfermedad de Lyme	Individualizada DEB
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Urgente e individualizada DEB
Enfermedad invasora por <i>Streptococo pneumoniae</i>	Individualizada DEB
Enfermedad meningocócica	Urgente e individualizada DEB
Fiebre Amarilla	Urgente e individualizada DEB
Fiebre Exantemática Mediterránea	Individualizada DEB
Fiebres hemorrágicas Virales	Urgente e individualizada DEB
Fiebre Recurrente por Garrapatas	Individualizada DEB
Fiebre Q	Individualizada DEB
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	Individualizada DEB
Giardiasis	Individualizada DEB
Gripe	Numérica
Hepatitis A	Individualizada DEB
Hepatitis B	Individualizada DEB
Hepatitis C	Individualizada DEB
Hepatitis Víricas (Otras)	Individualizada DEB
Hidatidosis	Sistemas especiales
Infección Gonocócica	Individualizada DEB
Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Sistemas especiales
Infecciones Humanas por Virus de la Gripe Aviar H5N1	Urgente e individualizada DEB
Infecciones por <i>Chlamydia</i>	Individualizada DEB
Infección por <i>Escherichia coli</i> enterohemorrágico	Urgente e individualizada DEB
Leishmaniasis	Individualizada DEB
Legionelosis	Individualizada DEB
Lepra	Sistemas especiales
Leptospirosis	Individualizada DEB
Listeriosis	Urgente e individualizada DEB
Meningitis víricas	Individualizada DEB
Otras enfermedades de transmisión sexual	Individualizada DEB
Otras Meningitis bacterianas	Individualizada DEB
Paludismo	Individualizada DEB
Parálisis flácida aguda en menores de 15 años	Urgente e individualizada DEB
Parotiditis	Urgente e individualizada DEB
Peste	Urgente e individualizada DEB

LISTADO EDO	MODALIDAD de declaración
Poliomielitis	Urgente e individualizada DEB
Rabia	Urgente e individualizada DEB
Rubéola	Urgente e individualizada DEB
Salmonelosis de transmisión alimentaria (excepto <i>Salmonella typhi</i> y <i>Salmonella paratyphi</i>)	Individualizada DEB
Sarampión	Urgente e individualizada DEB
Shigelosis	Individualizada DEB
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	Sistemas especiales
Síndrome de Rubéola congénita	Sistemas especiales
Sífilis	Individualizada DEB
Sífilis congénita	Sistemas especiales
Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS)	Urgente e individualizada DEB
Tétanos	Individualizada DEB
Tétanos neonatal	Sistemas especiales
Tos ferina	Urgente e individualizada DEB
Tifus exantemático	Urgente e individualizada DEB
Triquinosis	Urgente e individualizada DEB
Tuberculosis (cualquier localización)	Sistemas especiales
Tularemia	Individualizada DEB
Toxoplasmosis	Individualizada DEB
Varicela	Individualizada DEB
Yersiniosis	Individualizada DEB
Brotos epidémicos de cualquier etiología	Urgente



DEFINICIONES DE CASO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA.

La diversidad de notificadores que se integran en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, hace imprescindible que se disponga de un instrumento que garantice la homogeneidad y por tanto, la comparabilidad de la información que se genera con sus datos, no sólo para el propio sistema, sino también con la información de sistemas similares tanto a nivel estatal como europeo y mundial.

Ello sólo es posible si todos utilizan el mismo concepto para definir la misma situación.

Para que pueda servir de orientación al médico sobre qué debe declarar, ponemos a su disposición las siguientes definiciones de caso.

Se han adaptado las definiciones de caso que se utilizan en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y en la Red de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades Transmisibles de la Unión Europea, habiéndose tenido en cuenta también las de otros Organismos Internacionales (OMS, CDC) y elaborándose en algunos casos nuevas definiciones.

En la definición de caso participan tres componentes: los síntomas que describe el paciente y por los que acude al médico, el diagnóstico que avanza el médico y los signos en que puede apoyarlo y la confirmación por el laboratorio.

Estas definiciones están elaboradas a efectos de vigilancia epidemiológica, por lo que los criterios clínicos incluidos en las mismas no son exhaustivos respecto a los síntomas, ni pueden sustituir a los que el médico pueda utilizar para elaborar sus diagnósticos u otras utilidades dentro de su práctica clínica.

Principios generales para la aplicación de estas definiciones de caso:

- A menos que se indique específicamente lo contrario, sólo se comunicarán los casos sintomáticos; no obstante, las infecciones asintomáticas deberán considerarse como casos si la infección tuviera implicaciones terapéuticas o repercusiones en salud pública.
- Un caso «con relación epidemiológica» o «epidemiológicamente relacionado» es un caso que ha estado expuesto a un caso confirmado o que ha tenido la misma exposición que un caso confirmado (por ejemplo, ha ingerido los mismo alimentos, se ha alojado en el mismo hotel, etc.)
- Se utilizará un sistema de tres escalones, con los niveles siguientes:
 - **caso sospechoso:** cuadro clínico compatible, sin que se trate de un caso confirmado ni probable.
 - **caso probable:** cuadro clínico claro o relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado.
 - **caso confirmado:** comprobado por análisis de laboratorio.
- La clasificación en estos diferentes escalones puede variar según la epidemiología de cada enfermedad.
- Para la mayoría de las enfermedades se recogen varios «criterios diagnósticos de laboratorio». A menos que se indique lo contrario, sólo es necesario uno de ellos para confirmar un caso.
- En la lista de definición de casos, las letras «NA» significan «no aplicable».
- En cada Enfermedad de Declaración Obligatoria se han incluido sus códigos CIE-9-MC y CIE-10. En algunos casos, los códigos empleados no son exhaustivos.

BOTULISMO

CIE-9 005.1 CIE-10 A05.1

(Intoxicación por *Clostridium botulinum*)**Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.****DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO**

- a) **Botulismo alimentario:** enfermedad grave con manifestaciones clínicas del sistema nervioso principalmente: ptosis, visión borrosa, diplopía y parálisis flácida descendente y simétrica.
- b) **Botulismo del lactante:** enfermedad del lactante que se caracteriza por estreñimiento, inapetencia e indiferencia, ptosis, dificultad a la deglución y aparición de debilidad progresiva, que puede evolucionar a insuficiencia y parada respiratoria.
- c) **Botulismo por heridas:** enfermedad con manifestaciones clínicas idénticas al botulismo alimentario, resultante de toxina producida por *Clostridium botulinum* que ha infectado una herida.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- a) **Botulismo alimentario:** detección de toxina botulínica en suero o heces del paciente, o aislamiento de *Clostridium botulinum* en heces o detección de toxina en alimento.
- b) **Botulismo del lactante:** detección de toxina botulínica en heces o aislamiento de *Clostridium botulinum* en heces.
- c) **Botulismo por heridas:** detección de toxina botulínica en suero o aislamiento de *Clostridium botulinum* en herida.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

- a) **Botulismo alimentario:**
 - Sospechoso/Probable:** compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con ingesta de alimento sospechoso.
 - Confirmado:** compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.
- b) **Botulismo del lactante:**
 - Sospechoso/Probable:** compatible con la definición clínica de caso en niño menor de 1 año de edad.
 - Confirmado:** Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio en niño menor de 1 año de edad.
- c) **Botulismo por heridas:**
 - Sospechoso/Probable:** compatible con la definición clínica de caso en paciente sin ingesta de alimento sospechoso y con una historia de herida contaminada 2 semanas antes del inicio de síntomas.
 - Confirmado:** compatible con la definición clínica de caso y confirmación de laboratorio en paciente sin ingesta de alimento sospechoso y con una historia de herida contaminada 2 semanas antes del inicio de síntomas.

BRUCELOSIS

CIE-9 023 CIE-10 A23

(Fiebre ondulante, Fiebre de Malta, Fiebre del Mediterráneo)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.**DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO**

Enfermedad que se caracteriza por aparición aguda e insidiosa de fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, anorexia, astenia, pérdida de peso, cefalea, artralgias, esplenomegalia y linfadenopatías.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento del agente causal de una muestra clínica.
- Seroconversión (incremento cuádruple o mayor del título de anticuerpos en dos muestras estudiadas en el mismo laboratorio y separadas por un intervalo de 15 días o más) por técnica en tubo de aglutinación estándar (SAT) o técnicas equivalentes.
- Detección de IgM por ELISA. (Análisis enzimático unido a Inmoadsorbentes).



CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con la ingesta de alimento sospechoso o que tiene contacto con animales infectados o asociado a un caso confirmado o que cuenta con serología afirmativa (un único título de aglutinación $> 1/160$ en una o más muestras de suero).

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

A efectos de vigilancia hemos de tener en cuenta las **reinfecciones y las recidivas**, muy frecuentes en esta enfermedad. Las reinfecciones y recidivas son imposibles de diferenciar, apareciendo en enfermos con enfermedad pasada y tras ser tratados con éxito.

Si se ha padecido la enfermedad dentro del año anterior serán tratados como casos cuando se cumplan los siguientes criterios: cultivo positivo, o síntomas de infección activa en ausencia de otra enfermedad y serología de brucelosis aguda mediante aglutinaciones en tubo estándar (SAT) a títulos $\geq 1/160$.

Cuando los antecedentes de enfermedad son superiores al año, para ser considerado caso, debe cumplir los supuestos especificados en el caso confirmado.

CAMPILOBACTERIOSIS

CIE-9: 008.43 CIE-10: A04.5

(Enteritis por *Campylobacter*, Enteritis vibriónica)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad entérica bacteriana, zoonótica, aguda y de gravedad variable, que se caracteriza por diarrea (frecuentemente sanguinolenta), dolor abdominal, malestar, fiebre, náuseas y vómitos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Campylobacter spp.* en heces o sangre.
- Demostración de antígeno por ELISA.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso probable: persona que cumple con los criterios clínicos de caso y al menos uno de los siguientes criterios epidemiológicos: relación epidemiológica con un caso animal confirmado, por transmisión de animal a humano; relación epidemiológica con un caso humano confirmado, por fuente común, transmisión directa; consumo de un alimento contaminado confirmado por el laboratorio (incluye agua de bebida); exposición ambiental confirmada por el laboratorio.

Caso confirmado: persona que cumple con los criterios clínicos y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

CARBUNCO

CIE-9: 022 CIE-10: A22

(Ántrax, Pústula maligna, Edema maligno, Enfermedad de los cardadores de lana, Enfermedad de los traperos)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Existen varias formas clínicas:

- **Carbunco cutáneo:** aparición de escara necrótica negra (lesión típica) en zonas no protegidas y a veces con dolor en la zona, linfangitis, adenopatía regional y septicemia.
- **Carbunco pulmonar:** hipoxia, disnea, fiebre, hipotensión, shock y muerte. Son frecuentes signos meníngeos (50%).
- **Carbunco gastrointestinal y orofaríngeo:** violenta gastroenteritis con vómitos y deposiciones hemorrágicas y rápido desarrollo de ascitis. El orofaríngeo se caracteriza por tumefacción local, adenopatía, edema y fiebre.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento del *Bacillus anthracis* en una muestra clínica.
- Seroconversión.
- Demostración del agente en muestra clínica por inmunofluorescencia directa.
- Detección del genoma de *Bacillus anthracis* en una muestra clínica.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: caso compatible clínicamente con cualquiera de las formas clínicas de carbunco y exposición a un animal o producto animal sospechoso.

Caso confirmado: enfermedad clínicamente compatible y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

CÓLERA

CIE-9 001 CIE-10 A00

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos y sujeta al Reglamento Sanitario Internacional.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad caracterizada por diarrea profusa, con heces muy líquidas de aspecto riciforme y deshidratación. La gravedad de los cuadros es muy variable.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Aislamiento de *Vibrio cholerae* perteneciente a los serogrupos O1 u O139 toxigénico en heces o vómitos.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: compatible con la definición clínica de caso.

Caso probable: compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado o que procede de un área endémica.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

CRIPTOSPORIDIOSIS

CIE-9: 007.4 CIE-10: A07.2

(Enteritis por *Cryptosporidium*, Criptosporidiasis)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad caracterizada por diarrea acuosa, náuseas, vómitos, fiebre, dolores abdominales y deshidratación con duración media entre 1 y 2 semanas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Identificación de ooquistes en heces o parásitos en las fases de su ciclo vital en biopsia de intestino o líquido intestinal.



- Identificación de antígeno de *Cryptosporidium* en heces.
- Métodos ELISA de tipo inmunológico.
- Detección del genoma de *Cryptosporidium* en heces.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso probable: compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado (contacto con un caso humano, animal o fuente común, trabajador de laboratorio) o que procede de un área endémica.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

DIFTERIA

CIE-9 032

CIE-10 A36

(Garrotillo, Crup)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad del tracto respiratorio superior caracterizada por dolor de garganta, fiebre moderada y una membrana adherente en la(s) amígdala(s), faringe y/o nariz sin ninguna otra causa aparente.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae* de una muestra clínica.
- Aumento de cuatro veces o más de antitoxina en suero, cuando ambas muestras de suero han sido obtenidas antes de la administración de toxoide diftérico o antitoxina y el cultivo haya resultado negativo.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: presencia de laringitis o nasofaringitis o tonsilitis, más pseudomembrana.

Caso probable: caso sospechoso, más uno de los siguientes hallazgos:

- reciente contacto con caso confirmado (< 2 semanas)
- epidemia de difteria actualmente en la zona
- estridor
- hinchazón/edema de cuello
- petequias hemorrágicas en submucosa o piel
- colapso circulatorio tóxico
- insuficiencia renal aguda
- miocarditis y/o parálisis motora de 1 a 6 semanas antes del inicio de los síntomas
- muerte

Caso confirmado: caso probable más aislamiento de cepa toxigénica de *Corynebacterium diphtheriae* de un lugar típico (nariz, garganta, úlcera cutánea, herida, conjuntiva, oído, vagina), o aumento de cuatro veces o más de antitoxina en suero, pero sólo si ambas muestras de suero han sido obtenidas antes de la administración de toxoide diftérico o antitoxina.

La enfermedad causada por el *Corynebacterium ulcerans* y *Corynebacterium diphtheriae* no-toxigénico es excluida de esta definición de caso.

ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS (EETH)

CIE-9: 046.1 CIE-10: A81.0 (Códigos correspondientes a Creutzfeldt-Jakob)

(Encefalopatía Espongiforme Subaguda)

Enfermedad de notificación por sistemas especiales.

Criterios diagnósticos de las EETH (Julio 2002). Incluye las siguientes enfermedades:

1.-Enfermedad de Creutzfeldt–Jakob esporádica (ECJ esporádica)

Caso confirmado

- Confirmación neuropatológica y/o
- Detección de isoformas anormales de la PrP confirmada por inmunohistoquímica o western blot
- Degeneración fibrilar de tipo scrapie

Caso probable

- Demencia progresiva y, al menos, dos de las cuatro características siguientes:

1. Mioclonias
2. Signos de afectación visual o cerebelosos
3. Signos piramidales o extrapiramidales
4. Mutismo acinético

Y

- Presencia de complejos periódicos de onda aguda y lenta (CCPP) en EEG (cualquier duración)

Ó

Proteína 14-3-3 en LCR y duración < 2 años

Caso posible

- Cuadro clínico como el mencionado previamente
- No aparecen CCPP en EEG (o no se ha realizado la prueba)
- No se ha detectado proteína 14-3-3 en LCR (o no se ha realizado la prueba)
- Duración de la enfermedad < de 2 años

2.-Enfermedad de Creutzfeldt–Jakob iatrogénica* (ECJ iatrogénica)

Caso confirmado

ECJ confirmada con factor de riesgo reconocido

Caso probable

Síndrome cerebeloso progresivo en un receptor de hormona hipofisaria humana

Ó

ECJ probable con un factor de riesgo reconocido

(* criterios actualmente en revisión)

3.-Variante de la Enfermedad de Creutzfeldt –Jakob (vECJ)

- I
 - A- Trastorno neuropsiquiátrico progresivo
 - B- Duración de la enfermedad > 6 meses
 - C- Las investigaciones rutinarias no sugieren un diagnóstico alternativo
 - D- No historia de potencial exposición iatrogénica
 - E- No evidencia de encefalopatía espongiforme transmisible humana familiar
- II
 - A- Síntomas psiquiátricos precoces^a
 - B- Síntomas sensitivos dolorosos persistentes^b
 - C- Ataxia
 - D- Mioclonias o corea o distonía
 - E- Demencia



- III A- El EEG no muestra el patrón típico de la ECJ esporádica^c (o no se ha realizado EEG)
- B- Hiperseñal bilateral en pulvinar en la Resonancia Magnética.

- IV A- Biopsia de amígdala positiva^d

Caso confirmado: IA y confirmación neuropatológica de vECJ^e

Caso probable: I y D/E de II y IIIA y IIIB
ó I y IVA

Caso posible: I y D/E de II y IIIA

^a depresión, ansiedad, apatía, aislamiento, delirio

^b incluye dolor franco y/o disestesias

^c complejos periódicos trifásicos generalizados a frecuencia aproximada de 1/seg.

^d no se recomienda biopsia de amígdala rutinaria ni en casos con patrón EEG típico de ECJ esporádica, pero puede ser útil en casos sospechosos en los que el cuadro clínico sea compatible con vECJ y la RM no muestre hiperseñal bilateral en pulvinar

^e cambios espongiiformes y abundante depósito de PrP con placas floridas en cerebro y cerebelo

4.-Encefalopatía Espongiforme Transmisible Genéticamente Determinada*

Caso confirmado

- EETH neuropatológicamente confirmada

Y

- EETH confirmada o probable en un familiar de 1er grado y/o mutación específica de la enfermedad en el gen PRNP

Caso probable

- Trastorno neuropsiquiátrico progresivo y mutación específica de la enfermedad en el gen PRNP

ó

- EETH probable y EETH confirmada o probable en un familiar de 1er grado y/o mutación específica de la enfermedad en el gen PRNP

(* criterios actualmente en revisión)

5.-Insomnio Familiar Letal (IFL)

Cuadro familiar de trastornos vegetativos y del sueño, en portadores de mutaciones específicas que progresa hasta el fallecimiento. En el examen neuropatológico se encuentran, fundamentalmente, degeneración talámica con pérdida neuronal y mínima espongiosis.

6.-Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (SGSS)

Ataxia progresiva y demencia terminal, familiar, con herencia autosómica dominante y con mutaciones específicas, de duración clínica variable (habitualmente de 2 a 10 años).

ENFERMEDAD DE LYME

CIE-9: 088.81

CIE-10: A69.2

(Borreliosis de Lyme, Meningopolineuritis por garrapatas)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad que se caracteriza por un cuadro clínico progresivo que incluye manifestaciones precoces dermatológicas y tardías de tipo reumático, neurológico y cardiaco. El mejor marcador clínico de enfermedad es la lesión dérmica inicial, eritema migrans, que ocurre entre el 60% y 80% de los pacientes.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Borrelia burgdorferi* en una muestra.
- Detección serológica de IgM o IgG en suero o líquido cefalorraquídeo por Enzima Inmuno Ensayo (EIA) o Ensayo de Inmunofluorescencia Indirecta (IFA) y Western blot.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: NA

Caso confirmado:

- Paciente con eritema migrans mayor de 5 cm., o
- Paciente que presente al menos uno de los criterios de laboratorio y al menos una de las manifestaciones tardías de la Enfermedad de Lyme, sin otra explicación alternativa:
 - Artritis (ataques breves y recurrentes de dolor en una o varias articulaciones).
 - Bloqueo auriculoventricular de 2º o 3º grado.
 - Neuritis de pares craneales, meningitis linfocitaria, encefalomiелitis o serología de Lyme positiva en LCR.

ENFERMEDAD INVASORA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

CIE-9: 038.41; 320.0; 482.2 CIE-10: A41.3; G00.0; J14

(Sepsis debida a *Haemophilus influenzae*, Meningitis debida a *Haemophilus influenzae*)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Las características del cuadro clínico estarán determinadas por la localización de la infección:

- **Meningitis:** enfermedad de comienzo brusco caracterizada por fiebre alta (temperatura superior a 38° C), dolor de cabeza intenso, náuseas, vómitos y signos meníngeos.
- **Sepsis:** es la respuesta inflamatoria sistémica a la infección, que se manifiesta por una serie de síntomas y signos clínicos: fiebre (temperatura superior a 38° C) o hipotermia (temperatura inferior a 36° C), taquicardia, taquipnea y leucocitosis o leucopenia, con desviación izquierda en la fórmula leucocitaria.
- **Otras formas clínicas:** epiglotitis, neumonía, celulitis, artritis, osteomielitis, pericarditis, etc.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Haemophilus influenzae* en sangre, líquido cefalorraquídeo y/o cualquier otro fluido normalmente estéril.
- Detección del genoma de *Haemophilus influenzae* en una localización normalmente estéril (PCR).

CLASIFICACIÓN DE CASO

Caso sospechoso: NA

Caso probable: caso clínicamente compatible con detección de antígeno de *Haemophilus influenzae* tipo b en localización estéril.

Caso confirmado: caso con un cuadro clínico compatible y que presente uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

ENFERMEDAD INVASORA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

CIE-9: 038.2; 320.1; 481 CIE-10: A40.3; G00.1; J13

(Sepsis neumocócica, Sepsis debida a *Streptococcus pneumoniae*, Meningitis neumocócica, Meningitis por neumococo)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Las características del cuadro clínico estarán determinadas por la localización de la infección:

- **Sepsis:** es la respuesta inflamatoria sistémica a la infección, que se manifiesta por una serie de síntomas y signos clínicos: fiebre (temperatura superior a 38° C) o hipotermia (temperatura inferior a 36° C), taquicardia, taquipnea y leucocitosis o leucopenia, con desviación izquierda en la fórmula leucocitaria.



- **Meningitis:** enfermedad de comienzo brusco caracterizada por fiebre alta (temperatura superior a 38° C), dolor de cabeza intenso, náuseas, vómitos y signos meníngeos.
- **Neumonía:** cuadro de sintomatología clínica de neumonía (como tos, dolor torácico y fiebre) y confirmación radiológica.
- **Otros (menos frecuentes):** artritis, endocarditis, pericarditis, peritonitis, espondilodiscitis, pielonefritis y miositis.

Se excluyen de estos cuadros clínicos los cuadros de bacteriemia oculta sin foco, o con foco pero sin alguno de los diagnósticos anteriores.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Streptococcus pneumoniae* en una localización normalmente estéril, como sangre, líquido cefalorraquídeo; con menos frecuencia, líquido sinovial, líquido pleural o líquido pericárdico.
- Detección del genoma de *Streptococcus pneumoniae* en una localización normalmente estéril.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso probable: caso con un cuadro clínico compatible y detección de antígeno de *Streptococcus pneumoniae* en una localización normalmente estéril.

Caso confirmado: caso con un cuadro clínico compatible y que presente uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

CIE-9 036 CIE-10 A39

(Fiebre cerebroespinal epidémica)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos y objeto de vigilancia por la OMS.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad que se puede presentar como meningitis y/o meningococemia y puede progresar rápidamente a púrpura fulminante, shock y muerte. La meningitis meningocócica suele tener un comienzo brusco con fiebre, cefalea intensa, náuseas, vómitos, rigidez de nuca y eventualmente petequias.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Neisseria meningitidis* en un sitio normalmente estéril (sangre, LCR y otros).
- Detección del genoma de *Neisseria meningitidis* en localizaciones normalmente estériles o aspirado de petequias.
- Presencia del antígeno de meningococo en sangre, LCR u orina.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: compatible con la definición clínica de caso y presencia de alguna prueba analítica de presunción (presencia de diplococos gram-negativos intracelulares en LCR u otras pruebas bioquímicas).

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y, que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

FIEBRE AMARILLA

CIE-9:060 CIE-10:A95

(Infección por Flavivirus, Mal de Siam, Fiebre de Barbados, Vómito negro)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos y sujeta al Reglamento Sanitario Internacional.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Comienzo brusco con fiebre, escalofríos, cefalalgia, dorsalgia, mialgias generalizadas, postración, náuseas y vómitos, seguido de una breve remisión de los síntomas y una recurrencia de fiebre, acompañada de hepatitis y albuminuria. En algunos casos fallo renal, shock y hemorragias generalizadas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento del virus de la fiebre amarilla de una muestra clínica.
- Detección de genoma viral.
- Detección de antígeno viral.
- Respuesta específica de anticuerpos.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: Enfermedad clínicamente compatible en paciente que provenga de una zona endémica.

Caso confirmado: Caso que reúne criterios clínicos de definición de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA

CIE-9: 082.1 CIE-10 A77.1

(Fiebre mediterránea transmitida por garrapatas, Fiebre de Marsella, Fiebre botonosa mediterránea)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Comienzo brusco con fiebre y artromialgias y posterior aparición entre el 3º y 5º día de una erupción maculopapulosa no pruriginosa que generalmente afecta a palmas de las manos y plantas de los pies. A menudo aparece, desde el inicio de la enfermedad, una lesión primaria en piel, en el lugar de la picadura de la garrapata, con aspecto de una pequeña úlcera de unos 2 a 5 mm. de diámetro con un centro oscuro y una aureola roja, acompañada de linfadenopatía regional.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento del agente causal en cultivo celular.
- Detección de *Rickettsias* en tejidos cutáneos mediante inmunofluorescencia directa.
- Detección de IgM por inmunofluorescencia indirecta.
- Seroconversión por inmunofluorescencia indirecta o fijación del complemento (o aumento de 4 veces el título de anticuerpos en dos muestras de suero del paciente extraídas en fase aguda y convaleciente).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: Compatible con la definición clínica de caso.

Caso confirmado: Cumple la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

FIEBRES HEMORRÁGICAS VIRALES CIE-9: 061; 065; 066 CIE-10 A90 a A99 (excepto A95)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos y sujeta al Reglamento Sanitario Internacional.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Se incluyen en esta rúbrica las siguientes enfermedades:



Fiebre hemorrágica del Dengue, Fiebre del valle del Rift, Fiebre hemorrágica de Lassa, Fiebre hemorrágica argentina (Junín), Fiebre hemorrágica boliviana (Machupo), Fiebre hemorrágica brasileña (Sabia), Fiebre hemorrágica venezolana (Guaranito), Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, Hantaan, Fiebre de Ebola, Fiebre de Marburg, Fiebre del bosque Kyasanur, Fiebre hemorrágica de Omsk, Chikungunya y Monkey-pox.

Estas enfermedades se caracterizan por:

- Fiebre (temperatura $\geq 38^{\circ}$ C) mantenida (≥ 24 h.) de comienzo repentino y
- Manifestaciones hemorrágicas de cualquier tipo, conducentes a fallo multiorgánico (insuficiencia funcional de dos o más órganos vitales, o shock).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento viral, PCR, secuenciación o visualización mediante microscopía electrónica.
- Seroconversión, cuadruplicación del título de anticuerpos, o elevación de IgM.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: Caso compatible con la definición clínica y con algún antecedente epidemiológico de interés.

Caso probable: Caso compatible con la definición clínica y con exposición confirmada a una fuente de infección.

Caso confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

FIEBRE Q

CIE-9:083.0;

CIE-10:A78

(Fiebre Query, Fiebre australiana Q)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad febril aguda que cursa con escalofríos, sudoración, dolor de cabeza retrobulbar, mialgias y malestar general. En estadios severos de la enfermedad puede presentarse hepatitis aguda, neumonía y meningoencefalitis.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Coxiella burnetii* en una muestra clínica.
- Detección del genoma de *Coxiella burnetii* en una muestra clínica.
- Respuesta de anticuerpos específicos frente a *Coxiella burnetii* (IgG o IgM en fase II).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso probable: caso compatible con la definición clínica y epidemiológicamente relacionado con un caso humano (por exposición a una fuente común) o relacionado con un caso animal.

Caso confirmado: caso compatible con la definición clínica y al menos un criterio diagnóstico de laboratorio.

FIEBRE RECURRENTE POR GARRAPATAS

CIE-9: 087.1

CIE-10: A68.1

(Fiebre recurrente por *Borrelia hispánica*)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Aparición de períodos febriles de duración de 2-9 días, con lapsos afebriles de 2-4 días. Puede acompañarse de un exantema petequeal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Demostración del agente causal en preparaciones de sangre fresca en campo oscuro, o en frotis de gota gruesa, o en extensiones de sangre.
- Inoculación intraperitoneal en ratones de laboratorio de sangre del paciente obtenida en el período febril.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: Enfermedad clínicamente compatible.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

CIE-9 002 CIE-10: A01

(Fiebre entérica, Tifus abdominal)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Fiebre elevada continua, malestar general, anorexia, cefaleas, bradicardia relativa, tos no productiva, manchas rosáceas en el tronco, estreñimiento o diarrea.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Aislamiento del agente infeccioso (*Salmonella typhi* o *Salmonella paratyphi* A, B y C) en sangre o heces.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: clínicamente compatible, sobre todo si está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

GIARDIASIS

CIE.9 007.1; CIE-10 A07.1

(Enteritis por *Giardia*)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad que se caracteriza por diarrea, flatulencia, esteatorrea, cólicos abdominales, distensión abdominal y pérdida de peso.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Detección de quistes de *Giardia lamblia* en heces.
- Detección de trofozoitos de *Giardia lamblia* en heces, líquido duodenal o piezas de biopsia de intestino delgado.
- Detección de antígeno de *Giardia lamblia* en heces (ELISA).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: compatible con la definición clínica de caso.

Caso probable: compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado, es decir, ha estado en contacto con un caso confirmado o ha tenido la misma exposición que un caso confirmado.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.



GRIPE

CIE-9 487 CIE10: J10; J11

(Influenza)

Enfermedad de notificación sólo numérica y objeto de vigilancia por la OMS.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad caracterizada por comienzo brusco con fiebre (> 38°C), cefalea, malestar general, artromialgias, odinofagia, coriza y tos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento del virus de la influenza de secreciones nasofaríngeas.
- Detección del genoma del virus de la influenza en una muestra clínica.
- Detección de antígeno del virus de la influenza por Inmunofluorescencia Directa (IFD) en una muestra clínica.
- Seroconversión en muestras recogidas en fase aguda y convaleciente.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: enfermedad clínicamente compatible, sobre todo en situación epidémica.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

HEPATITIS A

CIE-9: 070.0; 070.1 CIE-10: B15

(Hepatitis infecciosa, Hepatitis epidémica, Icteria epidémica, Ictericia catarral, Hepatitis de tipo A, HA)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Enfermedad con un comienzo insidioso de los síntomas (fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, coluria e ictericia) y elevación en el suero de las transaminasas (GOT y GPT).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Detección del genoma del virus de la hepatitis A en suero o heces.
- Detección de Ig M frente al virus de la hepatitis A en suero.
- Detección del antígeno del virus de la hepatitis A en heces.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: caso clínicamente compatible en una persona que presenta datos de laboratorio relacionados con hepatitis como aumento de las transaminasas 2,5 veces su límite superior normal, sin evidencia de padecer otra enfermedad hepática, o bien encaja en la descripción clínica y es un contacto de un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

HEPATITIS B

CIE-9: 070.20; 070.21; 070.30; 070.31 CIE-10: B16

(Hepatitis de tipo B, Hepatitis por suero, Ictericia por suero homólogo, Hepatitis por antígeno Australia, HB)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Enfermedad con un comienzo insidioso de los síntomas (fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, coluria e ictericia) y elevación en el suero de las transaminasas (GOT y GPT).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- IgM anti HBc positivo.
- Detección del genoma del virus de la hepatitis B en suero.
- Detección del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (Ag HBs) y confirmación por otro test (e.j. test de neutralización).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: Cumple los criterios expuestos en la descripción clínica y presenta niveles elevados de transaminasas sin evidencia de padecer otra enfermedad hepática y antecedentes compatibles con transmisión de esta enfermedad.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

HEPATITIS C

CIE-9: 070.41; 070.51 CIE-10: B17.1

(Hepatitis no-A, no-B transmitida por vía parenteral, Hepatitis no-B relacionada con transfusiones, Hepatitis no-A, no-B postransfusional, Infección por el VHC)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad con un comienzo insidioso de los síntomas (fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, coluria e ictericia) y elevación en el suero de las transaminasas (GOT y GPT).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Presencia en suero de anti-VHC por Enzimoimmunoensayo (EIA) y posterior confirmación por inmunoblot o por otra técnica de EIA,

O

VHC RNA (técnica PCR).

Y

Anticuerpos IgM frente a la Hepatitis A negativos

Y

Anticuerpos IgM frente a Hepatitis B (IgM anti-HBc) negativos.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: NA

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio y que no se tenga constancia de padecer una hepatitis crónica.

HEPATITIS VÍRICAS (otras)

CIE-9: 070.42; 070.43; 070.49; 070.52; 070.53; 070.59; 070.6; 070.9 CIE-10: B17.0; B17.2; B17.8; B19

(Hepatitis Delta, Hepatitis vírica D, Hepatitis por virus delta, Hepatitis Vírica E, Hepatitis no-A, no-B de transmisión entérica, Hepatitis no-A, no-B epidémica; Hepatitis no-A, no-B fecal-oral)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Enfermedad con un comienzo insidioso de los síntomas (fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, coluria e ictericia) y elevación de transaminasas en suero (GOT y GPT), producida por otros virus diferentes a los virus de la hepatitis A, B y C, que causen habitualmente hepatitis como síndrome clínico principal.



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- **Hepatitis Delta:** presencia en suero de Ag HD y/o títulos elevados de anti-VHD y/o IgM anti-VHD en pacientes con Ag HBs positivo.
- **Hepatitis E:** anti-VHE positivo.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable:

- **Hepatitis Delta:** caso clínicamente compatible en una persona con antecedentes de drogadicción, hemofilia o transfusiones y con Ag HBs positivo.
- **Hepatitis E:** caso clínicamente compatible en una persona con IgM anti-VHA, IgM anti-HBc y anti-VHC negativos.

Caso confirmado: cumple la definición clínica de caso y está confirmado por el laboratorio.

HIDATIDOSIS

CIE-9: 122

CIE-10: B67

(Equinococosis, Quiste hidatídico, Enfermedad hidatídica, Enfermedad del quiste hidatídico)

Enfermedad de notificación por Sistemas Especiales.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Presencia de quistes (único o múltiples) del cestodo *Echinococcus granulosus* en distintos órganos y tejidos, siendo los más frecuentemente afectados el hígado y los pulmones.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Visualización directa del escólex del cestodo.
- Existen diversas pruebas serológicas para el diagnóstico de la hidatidosis, aunque hasta el momento no hay ninguna que sea determinante. Se recomienda la utilización combinada de una prueba de alta sensibilidad (por ejemplo hemaglutinación indirecta) con una de alta especificidad (por ejemplo aglutinación de partículas de látex) y confirmación mediante inmunoelectroforesis.
- Diagnóstico morfológico del quiste mediante ecografía y/o Tomografía Axial.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: clínica compatible, diagnóstico morfológico y/o prueba serológica adecuada.

Caso confirmado: clínica compatible y confirmación por visualización directa del escólex del cestodo.

INFECCIÓN GONOCÓCICA

CIE-9: 098

CIE-10: A54

(Gonorrea, Gonococia, Enfermedad gonocócica, Uretritis gonocócica, Vulvovaginitis gonocócica, Cervicitis gonocócica, Bartolinitis gonocócica, Purgaciones, Gota militar)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Cualquier persona con al menos una de las siguientes formas clínicas:

- **Uretritis:** Después de 2 a 5 días (a veces, hasta 14 días) del contacto sexual contagiante, aparición de escozor uretral, disuria (sensación cortante) y eritema del meato, con exudado que clásicamente es espeso, purulento y de color amarillo-verdoso, pero que puede ser también escaso y claro.
- **Cervicitis:** Después de 2 a 10 días del contacto sexual contagiante, aparición de leucorrea, disuria, sangrado uterino intermenstrual. Puede existir exudado mucopurulento cervical, uretral, de las glándulas periuretrales o de las glándulas de Bartholino. En el 50% de las ocasiones es asintomática.

- **Proctitis:** Tras coito anal receptivo, aparición de prurito anal, exudado mucopurulento, sangrado rectal escaso, dolor rectal, tenesmo y estreñimiento.
- **Faringitis:** Tras contacto orogenital, aparición de dolor o molestias faríngeas, en ocasiones inflamación amigdalal y linfadenopatía cervical. En el 90% de las ocasiones es asintomática.
- **Conjuntivitis neonatal (oftalmía neonatorum):** Después de 2 a 5 días del parto, aparece de forma aguda, profuso exudado mucopurulento conjuntival, en ocasiones con edema orbital.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* en una muestra clínica.
- Detección de fragmentos genómicos específicos del agente causal en una muestra clínica.
- Demostración de *Neisseria gonorrhoeae* por sonda (test que no amplifica el ácido nucleico) en una muestra clínica.
- Demostración de diplococos intracelulares gram negativos en exudado uretral en el varón.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: compatible con las definiciones clínicas de caso.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

INFECCIÓN POR ESCHERICHIA COLI ENTEROHEMORRÁGICO

CIE-9: 008.04 CIE-10: A04.3

(Diarrea causada por cepas enterohemorrágicas (ECEH), *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (ECTS), *Escherichia coli* O157:H7, *Escherichia coli* productora de verotoxina).

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Cualquier persona con al menos una de las siguientes formas clínicas:

Colitis Hemorrágica: presencia de al menos uno de los siguientes:

- Diarrea, que puede evolucionar a sanguinolenta.
- Dolores abdominales.

Síndrome Hemolítico Urémico: presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Anemia hemolítica.
- Insuficiencia renal.
- Plaquetopenia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Escherichia coli* perteneciente a un serogrupo conocido por su capacidad de causar la enfermedad enterohemorrágica en una muestra clínica.
- Identificación de la toxina causante de la enfermedad enterohemorrágica por *Escherichia coli* en una muestra clínica.
- Detección de los genes stx1 ó stx2 de ácido nucléico obtenido de una muestra clínica.

Sólo para Síndrome Hemolítico Urémico:

- Respuesta específica de anticuerpos a los serogrupos de *Escherichia coli*.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

Caso sospechoso: un cuadro clínico de Síndrome Hemolítico Urémico.

Caso probable: cumple la definición clínica de Colitis Hemorrágica o de Síndrome Hemolítico Urémico y tiene antecedentes epidemiológicos de exposición a fuentes contaminadas por ECEH.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.



INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

CIE-9: V08 CIE-10: Z21; R75

(Estado de infección por VIH asintomático)

Enfermedad de notificación por sistemas especiales y objeto de vigilancia por la OMS.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Cualquier persona con un nuevo diagnóstico de Infección por virus de la inmunodeficiencia humana que no tenga un resultado positivo previo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Persona mayor de 18 meses de edad: test de confirmación positivo para VIH-1 ó VIH-2 (Western blot o similar).
- Niños menores o iguales a 18 meses de edad: confirmación por cultivo viral, PCR ó Ag P24.

CLASIFICACIÓN DE CASO

Caso sospechoso: NA

Caso probable: NA

Caso confirmado: diagnóstico de infección por VIH confirmado según el criterio diagnóstico de laboratorio.

INFECCIONES POR CHLAMYDIA CIE-9: 099.1; 099.41; 099.5 CIE-10 A56; A55; A74.0; P23.1

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Cualquier persona con al menos una de las siguientes formas clínicas:

- **Infección por Chlamydia no Linfogranuloma venéreo (no LGV):** al menos uno de estos seis cuadros clínicos: uretritis, epididimitis, salpingitis aguda, endometritis aguda, cervicitis y proctitis.
- **Linfogranuloma venéreo (LGV):** al menos uno de estos cinco cuadros clínicos: uretritis, úlcera inguinal, linfadenopatía inguinal, cervicitis y proctitis.
- En recién nacidos, al menos uno de estos dos: conjuntivitis y neumonía.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Para **Infección por Chlamydia (no LGV)**, al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento de *Chlamydia trachomatis* del tracto genital o de la conjuntiva.
- Detección de antígenos (test DFA) en muestra clínica.
- Detección de ácido nucleico en muestra clínica.

Para **LGV**, al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento de *Chlamydia trachomatis* en muestra del tracto ano-genital o de conjuntiva.
- Detección de ácido nucleico en muestra clínica e identificación de serovar (genovar) L1, L2 o L3.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso probable: reúne criterios clínicos y está vinculado a transmisión persona a persona (sexual o vertical).

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

INFECCIONES HUMANAS POR VIRUS DE LA GRIPE AVIAR H5N1 (u otros subtipos)

CIE-9: NA CIE-10: NA

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos y sujeta al Reglamento Sanitario Internacional.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO. Actualizado a Junio de 2006.

Caso sospechoso (A/H5)

- Inicio agudo de fiebre (> 38° C) con signos o síntomas de una infección respiratoria aguda.

O

- Fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida.

Y

Alguno de los siguientes antecedentes epidemiológicos (a, b, c) en los 7 días previos a la aparición de los síntomas:

a) Contacto humano: haber estado en contacto cercano (a menos de 1 metro) con una persona diagnosticada como caso probable o confirmado de gripe A/H5N1.

b) Contacto de laboratorio: haber trabajado en un laboratorio donde existe riesgo potencial de exposición al virus de la gripe A/H5N1.

c) Contacto con aves domésticas o silvestres: residir o haber estado en un área donde actualmente existe sospecha o confirmación de gripe A/H5N1¹

Y

- Haber estado en contacto cercano con aves domésticas o silvestres enfermas o muertas² en el área afectada.

O

- Haber estado en una casa o granja situada en el área afectada, donde ha sido notificado en las 6 semanas previas, aves domésticas enfermas o muertas.

¹ Áreas donde hay notificados casos de gripe H5N1 altamente patógena en aves según la OIE (http://www.oie.int/download/AVIAN%20INFLUENZA/E_AI-Asia.htm)

² No se incluyen como aves muertas, la carne de ave comercialmente disponible en tiendas ni supermercados ni las aves silvestres que han sido matadas, por ejemplo en actividades de cacería.

Caso probable (A/H5):

Un caso posible con uno de los siguientes test de laboratorio para gripe A/H5 o A/H5N1 positivos, realizado en un laboratorio diferente al Centro Nacional de Microbiología (ISCIII).

- PCR positiva para virus de la gripe A/H5 o A/H5N1 (debe ser realizada en un laboratorio con nivel 2 de bioseguridad (LBS 2), con normas de trabajo de LBS3).

- Cultivo positivo para el virus de la gripe A/H5N1 (debe ser realizado en LBS 3).

- Detección por inmunofluorescencia de antígenos subtipo gripal H5 en muestras del paciente mediante anticuerpos monoclonales anti-H5 positivos (debe realizarse en un laboratorio de al menos nivel 2+).

- Incremento mayor o igual a cuatro veces en el título de anticuerpos específicos frente a H5 en pares de suero tomados en las fases aguda y convaleciente.

Caso confirmado (A/H5):

Un caso confirmado de gripe A/H5 o A/H5N1 es una persona viva o fallecida, independientemente de las características clínicas o epidemiológicas, con al menos uno de los siguientes resultados de laboratorio positivos, realizado en el Laboratorio del Centro Nacional de Microbiología (ISCIII):

- PCR positiva para virus de la gripe A/H5 o A/H5N1 (debe ser realizada en LBS 2, con normas de trabajo de LBS3).

- Cultivo positivo para el virus de la gripe A/H5N1 (debe ser realizado en LBS 3).

- Detección por inmunofluorescencia de antígenos subtipo gripal H5 en muestras del paciente mediante anticuerpos monoclonales anti-H5 positivos (debe realizarse en un laboratorio de al menos nivel 2+).

- Incremento mayor o igual a cuatro veces en el título de anticuerpos específicos frente a H5 en pares de suero tomados en las fases aguda y convaleciente.



LEISHMANIASIS

CIE-9: 085 CIE-10: B55

(Botón de Aleppo, Botón de Bagdad, Forúnculo Oriental)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Leishmaniasis cutánea: lesión granulomatosa única y excepcionalmente múltiple, que, si no se produce sobreinfección bacteriana, cura espontáneamente sin otra secuela que una pequeña cicatriz. Existe una forma difusa de esta enfermedad que no cura espontáneamente y que tiende a las recaídas después del tratamiento.

Leishmaniasis cutáneo-mucosa: aparición de lesiones que pueden conducir a una destrucción extendida y desfigurante de las mucosas de la nariz, boca o garganta (leishmaniasis faríngea).

Leishmaniasis visceral: comienzo insidioso, manifestándose con fiebre, malestar general, anorexia y pérdida de peso. Más tarde aparece una marcada esplenomegalia, generalmente blanda e indolora, hepatomegalia moderada, adenopatías en regiones inguinal y cervical, anemia y trombocitopenia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Demostración de la presencia del parásito en aspirados obtenidos de:
 - * Los bordes de la lesión (Leishmaniasis cutánea y cutáneo-mucosa).
 - * Médula ósea, hígado, bazo o ganglios linfáticos (Leishmaniasis visceral).
- Aislamiento de *Leishmania* en una muestra clínica.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: compatible con la definición clínica de caso de Leishmaniasis visceral, cutáneo-mucosa o cutánea.

Caso probable: compatible con la definición clínica de caso de Leishmaniasis visceral, cutáneo-mucosa o cutánea y con serología positiva a *Leishmania* (IFI, ELISA).

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso de Leishmaniasis visceral, cutáneo-mucosa o cutánea, con visualización del parásito.

LEGIONELOSIS

CIE-9 482.84 CIE-10 A48.1; A48.2

(Enfermedad de los legionarios, Neumonía de los legionarios, Fiebre de Pontiac)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Cualquier persona con al menos una de las siguientes formas clínicas:

Enfermedad del legionario: enfermedad respiratoria aguda con signos focales de neumonía, fiebre, cefalea y mialgias. Alrededor de un tercio de los casos desarrollan diarrea y vómitos y la mitad de ellos pueden presentar confusión mental y delirio.

Fiebre de Pontiac: síndrome febril agudo autolimitado.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Legionella spp.* de secreciones respiratorias o de un sitio estéril.
- Detección de antígeno de *Legionella pneumophila* en orina.
- Respuesta específica de anticuerpos frente a *Legionella pneumophila* serogrupo 1.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: compatible con la definición clínica de caso y/o resultado positivo en alguna de las siguientes pruebas de laboratorio, que se consideran **presuntivas**:

- Detección de antígeno de *Legionella pneumophila* en secreciones respiratorias o tejido pulmonar.

- Detección de genoma de *Legionella spp.* en una muestra clínica.
- Respuesta específica de anticuerpos frente a *Legionella pneumophila* no serogrupo 1 u otra *Legionella spp.*
- Título alto de anticuerpos IgG frente a *Legionella pneumophila* serogrupo 1, otros serogrupos u otras especies de *Legionella*.

Caso confirmado: enfermedad clínicamente compatible y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

LEPRA

CIE-9: 030 CIE-10: A30

(Enfermedad de Hansen)

Enfermedad de notificación por sistemas especiales.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

El diagnóstico de un caso de lepra se basa en la demostración de al menos 2 de los 3 primeros signos cardinales enumerados a continuación:

- Lesiones cutáneas características.
- Pérdida de la sensibilidad.
- Engrosamiento de los nervios en lugares de predilección.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en frotis cutáneos y, si es posible, en biopsia.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: enfermedad compatible clínicamente.

Caso confirmado: enfermedad clínicamente compatible y confirmada por laboratorio.

LEPTOSPIROSIS

CIE-9: 100 CIE-10: A27

(Enfermedad de Weil, Fiebre canícol, Enfermedad de los arrozales, Fiebre ictero-hemorrágica, Ictericia hemorrágica, Fiebre del fango, Fiebre de los pantanos, Enfermedad de Stuttgart)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Las manifestaciones clínicas pueden ser diversas.

Las características comunes son: fiebre de aparición repentina, cefalea, escalofríos, mialgia intensa (en las pantorrillas y en los muslos) y derrame conjuntival.

Otras manifestaciones pueden ser: fiebre bifásica, meningitis, erupciones (enantema del paladar), anemia hemolítica, hemorragia en la piel y las mucosas, insuficiencia hepatorenal, ictericia, confusión mental y depresión, miocarditis y afección pulmonar, con o sin hemorragia y hemoptisis.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Leptospira interrogans* en una muestra clínica.
- Detección del genoma de *Leptospira interrogans* en una muestra clínica.
- Demostración de *Leptospira interrogans* por inmunofluorescencia en una muestra clínica.
- Respuesta específica de anticuerpos frente a *Leptospira interrogans*.



CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: caso clínicamente compatible, con una exposición de riesgo contrastada.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

LISTERIOSIS

CIE-9: 027.0 CIE-10: A-32

(Infección por Listeria)

Enfermedad de notificación urgente individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad bacteriana que, por lo común se manifiesta en los recién nacidos y adultos como meningoencefalitis, septicemia o ambas, y en las mujeres embarazadas por fiebre y aborto. Las personas con el mayor riesgo son los recién nacidos, ancianos, individuos inmunodeprimidos, mujeres embarazadas y adultos alcohólicos, cirróticos o diabéticos. El huésped normal que contrae la infección puede mostrar solamente un cuadro febril agudo leve.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Listeria monocytogenes* de un sitio estéril.
- Aislamiento de *Listeria monocytogenes* de un sitio no estéril en un feto, recién nacido muerto, recién nacido vivo o la madre en las primeras 24 horas de nacimiento.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso probable: caso compatible con la definición clínica y con antecedente de ingesta de un alimento sometido a vigilancia alimentaria por haberse aislado *Listeria monocytogenes*.

Cualquier madre con listeriosis confirmada en su feto, recién nacido muerto o recién nacido vivo.

Caso confirmado: caso compatible con la definición clínica y con diagnóstico confirmado por laboratorio.

MENINGITIS VÍRICAS

CIE-9: 047; 049.0; 049.1 CIE-10: A87

(Meningitis aséptica, Meningitis serosa, Meningitis no bacteriana)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Presencia de fiebre > de 38° C con signos meníngeos (cefalea intensa, rigidez de nuca y distensión de fontanelas en lactantes) generalmente acompañados de náuseas y vómitos. También puede existir fotofobia, dolor abdominal, somnolencia o confusión y en niños muy pequeños, acompañando a la fiebre, inquietud o irritabilidad.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de virus específico y/o detección de antígeno de virus específico en LCR.
- Aumento de cuatro veces el nivel de anticuerpos frente a virus específico en suero en la fase aguda y de convalecencia.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: compatible con la definición clínica de caso y presencia de las características bioquímicas de LCR compatible con etiología vírica (líquido claro con glucosa normal, proteínas normales o aumento discreto (> 50 mg/dl), aumento moderado de células (< 500/mm³, aunque en ocasiones pueden ser más) con predominio de linfocitos (> 50%), si bien al principio de la infección puede existir un predominio de polimorfonucleares con cultivos y antígenos bacterianos negativos.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CIE 9: 099 (excepto 099.41 y 099.5) CIE 10: A57; A58; A59; A60; A63

(Otras enfermedades venéreas)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Infección genital de transmisión sexual que se puede manifestar por diferentes cuadros clínicos como úlceras genitales, uretritis (síndrome caracterizado por secreción uretral mucopurulenta y disuria), cervicitis (inflamación y secreción de la mucosa endocervical), vulvovaginitis (inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico que se puede acompañar de leucorrea, escozor, prurito, disuria y dispareunia), etc.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento del microorganismo específico (excluidos *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*) en tracto genital o en otra muestra clínica.
- Detección de antígeno específico o inmunofluorescencia (excluidos *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*) en muestra clínica.
- Detección de ácido nucleico en muestra clínica (excluidos *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: si reúne criterios clínicos y está vinculado a transmisión persona a persona (sexual o vertical) con un caso humano confirmado.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

OTRAS MENINGITIS BACTERIANAS

CIE 9: 329.2; 320.3; 320.7; 320.8; 320.9 CIE 10: G00.2; G00.3; G00.8; G00.9

(Meningitis por otras bacterias no especificadas en la lista EDO)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad de comienzo brusco caracterizada por fiebre alta (temperatura superior a 38 °C), dolor de cabeza intenso, náuseas y vómitos y signos meníngeos, con LCR compatible con infección bacteriana distinta a aquellas que como cuadro principal, o como complicaciones, estén incluidas en la lista de EDO.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento en sangre o líquido cefalorraquídeo de una bacteria distinta a las responsables de las enfermedades incluidas en la lista de EDO.
- Detección de ácido nucleico bacteriano en LCR o sangre (PCR).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso posible: NA



Caso probable: caso clínicamente compatible con características del LCR compatibles con infección bacteriana.
Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

PALUDISMO

CIE-9 084; CIE-10 B50-B54

(Malaria)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos y objeto de vigilancia por la OMS.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Fiebre intermitente con escalofríos, que por lo regular se acompaña de cefalalgia y náuseas y que termina con sudoración profusa. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o cada tercer día.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Visualización de *Plasmodium* en sangre.
- Detección de genoma *Plasmodium* en sangre.
- Detección de antígeno de *Plasmodium*.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: enfermedad compatible con la definición clínica de caso en un residente o visitante de una región con paludismo endémico.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

PAROTIDITIS

CIE-9 072; CIE-10 B26

(Paperas)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad caracterizada por la aparición aguda de tumefacción unilateral o bilateral, sensible al tacto y autolimitada, de la parótida u otras glándulas salivares cuya duración es mayor de 2 días y sin que haya otras causas aparentes.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento del virus de la parotiditis de una muestra clínica.
- Aumento significativo en el nivel de anticuerpos de parotiditis mediante un método serológico estándar.
- Test positivo serológico de anticuerpos IgM de parotiditis.
- Detección del genoma del virus de la parotiditis.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: concuerda con la definición clínica de caso y no está epidemiológicamente relacionado con un caso probable o confirmado.

Caso confirmado: todo caso confirmado por laboratorio. Dos casos probables que estén epidemiológicamente relacionados deberán ser considerados confirmados, aun en ausencia de confirmación por laboratorio.

PESTE

CIE-9 020; CIE-10 A20

(Peste negra, Plaga)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos y sujeta al Reglamento Sanitario Internacional.**DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO**

Enfermedad que se caracteriza por fiebre, leucocitosis y alguno de los signos y síntomas siguientes presentes en las principales formas clínicas:

- Linfadenitis regional (peste bubónica).
- Septicemia sin signos de bubón (peste septicémica).
- Neumonía (peste neumónica).
- Faringitis y linfadenitis cervical (peste faríngea).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Yersinia pestis* de una muestra clínica.
- Detección de genoma de *Yersinia pestis* de una muestra clínica (antígeno F1).
- Respuesta de anticuerpos específica frente al antígeno F1 de *Yersinia pestis*.

CLASIFICACIÓN DE CASOS**Caso sospechoso/probable:** enfermedad compatible clínicamente en una persona procedente de zona endémica (exposición animal o humana) o exposición de laboratorio a *Yersinia Pestis*.**Caso confirmado:** compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.**POLIOMIELITIS Y PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS**

Poliomielitis:

CIE-9: 045 CIE-10: A80

(Parálisis infantil, Fiebre polioviral)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos, sujeta a Reglamento Sanitario Internacional y objeto de vigilancia por la OMS.

Parálisis flácida Aguda en menores de 15 años: CIE-9: 375.0 CIE-10: G61.0 (códigos correspondientes al Síndrome de Guillain Barré)

(Polineuritis infecciosa aguda, Polineuritis postinfecciosa)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos, sujeta a Reglamento Sanitario Internacional y objeto de vigilancia por la OMS.**DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO**

Inicio agudo (no recurrente) de parálisis flácida (hipotónica) en una o más extremidades con ausencia o disminución de reflejos miotáticos en los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en laboratorio especializado que utilice técnicas virológicas de cultivo celular.

CLASIFICACIÓN DE CASOS**Caso sospechoso:** todo caso de parálisis flácida aguda (PFA), incluyendo el Síndrome de Guillén Barré, y la mielopatía aguda, en un niño menor de 15 años en el que ninguna otra causa puede ser identificada.**Caso compatible:** todo caso de PFA con parálisis residual después de 60 días del inicio o bien pérdida del seguimiento o muerte, en el que no pudieron recogerse dos muestras de heces en las dos primeras semanas de iniciados los síntomas para ser examinadas por laboratorio especializado en virología.



Caso confirmado: todo caso de PFA en el cual se aísla poliovirus en alguna de las muestras de heces del paciente o de muestras de un contacto.

Caso no-poliomielitis (descartado): todo caso de parálisis flácida aguda en el que al menos se han recogido dos muestras adecuadas de heces en las dos semanas siguientes al inicio de los síntomas, siendo los resultados negativos para poliovirus.

NOTA: En el Plan de Erradicación de la Poliomielitis de la OMS se incluye la vigilancia de todos los casos de PFA en menores de 15 años a fin de descartar que la causa sea poliovirus. Por ello, todo caso de PFA en menores de esa edad debe ser notificado y seguido, hasta evidenciar que hay ausencia de poliovirus tanto en el enfermo como en su entorno y confirmar que la parálisis flácida aguda obedece a otra causa.

RABIA

CIE-9: 071 CIE-10: A82

(Hidrofobia, Lisa)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Presencia de encefalomielitis que cursa con fiebre, cefalea, alteraciones sensoriales, parálisis y convulsiones. Hay espasmo de los músculos de la deglución cuando se intenta tragar, lo que provoca miedo a beber agua (hidrofobia). Progresa a coma y muerte por parálisis respiratoria en un plazo de 10 días después de la aparición de los primeros síntomas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de virus de la rabia de una muestra clínica.
- Detección del genoma del virus de la rabia de una muestra clínica.
- Detección de antígenos virales por IFD en una muestra clínica.
- Respuesta de anticuerpos específica frente al virus de la rabia por neutralización en suero o LCR.
- Identificación de anticuerpos neutralizantes en suero o líquido cefalorraquídeo de una persona no vacunada con título > 5.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: enfermedad compatible clínicamente y antecedente de agresión por un animal, sin que la agresión sea debida a una provocación previa y siempre que en la agresión haya contacto con la saliva del animal.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

RUBÉOLA

CIE-9: 056 CIE-10: B06

(Sarampión alemán)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Cualquier persona con fiebre o febrícula y exantema maculopapular y uno de los siguientes síntomas/signos: adenopatías (cervicales, suboccipitales o retroauriculares) o artralgias o artritis.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Detección de anticuerpos IgM específicos por serología.
- Elevación significativa del título de anticuerpos IgG específicos o seroconversión en pareja de sueros de fases aguda y convaleciente.
- Aislamiento o PCR en muestras clínicas (exudado nasofaríngeo, orina y/o suero).

A efectos de vigilancia epidemiológica de la enfermedad, la detección de anticuerpos específicos IgM, se considera el criterio diagnóstico de elección. Sin embargo no es suficiente para confirmar la infección por rubéola dada la posibilidad de reacciones cruzadas con el factor reumatoide y con el parvovirus B19, de ahí que **cuando el diagnóstico sea crucial, como es el caso de una embarazada, sea necesaria su confirmación mediante otros métodos, como el test de avidéz de la IgG.**

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: cumple los criterios de definición clínica de caso sin realización del diagnóstico por laboratorio.

Caso confirmado: cumple los criterios de definición clínica de caso y ha estado en contacto con un caso de rubéola confirmado serológicamente entre los días 12 y 23, previos a la aparición del exantema ó cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

SALMONELOSIS DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA (EXCEPTO POR S. TYPHI Y PARATYPHI)

CIE-9: 003.0, 003.1, 003.8, 003.9 CIE-10: A02.0, A02.1, A02.8, A02.9

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Cualquier persona con: diarrea, fiebre, dolor abdominal y vómitos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Aislamiento de *Salmonella* excluidas *Salmonella typhi* y *Salmonella paratyphi* en heces o sangre.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso probable: cuadro clínico compatible y con alguno de los siguientes vínculos epidemiológicos:

- relación con un caso humano confirmado.
- exposición a alimentos o agua contaminados.

Caso confirmado: cuadro clínico compatible y confirmado por laboratorio.

SARAMPIÓN

CIE-9: 055 CIE-10: B05

(Morbilli)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Cualquier persona con fiebre mayor de 38° C y rash maculo-papular de más de 3 días de evolución y al menos uno de los siguientes síntomas: tos, coriza ó conjuntivitis.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento del virus del sarampión de muestra clínica.



- Detección del genoma del virus del sarampión en una muestra clínica.
- Respuesta específica de anticuerpos en suero o saliva.
- Detección del antígeno del virus del sarampión por IFD en una muestra clínica por anticuerpos específicos monoclonales.
- Test serológico de anticuerpos IgM de sarampión positivo.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: cumple con los criterios de definición clínica de caso.

Caso confirmado: todo caso con cuadro clínico compatible y que cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio, o todo caso sospechoso que no ha podido ser estudiado por laboratorio para su confirmación y ha estado en contacto temporo-espacial con otro caso de sarampión confirmado por laboratorio y en el cual el exantema se inició entre 7-18 días antes del caso actual.

SHIGELOSIS

CIE-9: 004 CIE-10: A03

(Disentería bacilar)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad de gravedad variable, autolimitada, caracterizada por diarrea, fiebre, vómitos y dolor abdominal. Pueden ocurrir infecciones asintomáticas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Aislamiento de *Shigella spp.* de una muestra clínica.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso probable: cuadro clínico compatible y relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado o que ha tenido la misma fuente de infección que un caso confirmado.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

SÍFILIS

CIE 9: 091 a 096 CIE 10: A51 a A52

(Lues)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad que puede presentarse en los siguientes estadios clínicos:

Sífilis primaria: lesión erosiva y ulcerativa única o múltiple, muy superficial, indurada y no dolorosa en el lugar de inoculación (chancro sifilítico), alrededor de dos semanas después del contagio. Va acompañado de adenopatías regionales y desaparece espontáneamente en un mes.

Sífilis secundaria: seis semanas después de la desaparición del chancro, aparición de la roséola sifilítica, un exantema generalizado, recidivante, no pruriginoso ni descamativo que afecta a tronco y a raíz de extremidades, que desaparece espontáneamente en un mes. Después (4-12 meses después de la infección) pueden aparecer las sífilides (pápulas induradas y no dolorosas ni pruriginosas) y afectación visceral (ósea, hepática, articular, adenopatías...). Puede haber malestar general y fiebre.

Sífilis terciaria: manifestaciones cutáneo-mucosas (gomos superficiales y profundas) o viscerales (cardiovasculares o neurológicas), que aparecen de 10 a 30 años después del contagio.

Sífilis latente: existe infección sin síntomas clínicos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Sífilis primaria y secundaria:

- Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de las secreciones de las lesiones primarias o secundarias.
- Detección del genoma de *Treponema pallidum*.
- Pruebas serológicas inespecíficas (VDRL o RPR) y treponémicas positivas (FTA-Abs o MHA-TP).

Sífilis terciaria:

- Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de las lesiones (gomos).
- Detección del genoma de *Treponema pallidum*.
- Prueba serológica inespecífica (VDRL) y/o específica positiva en LCR (neurosífilis).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable:

Sífilis primaria y secundaria: enfermedad clínicamente compatible con pruebas serológicas inespecíficas positivas.

Sífilis terciaria: enfermedad clínicamente compatible con este período y pruebas serológicas inespecíficas y/o treponémicas positivas.

Se sospechará neurosífilis en alguna de las siguientes circunstancias:

- Proceso de un año o más de evolución con alteración del LCR (aumento de leucocitos y proteínas), pero con VDRL negativo.
- Presencia de síntomas o signos clínicos de neurosífilis, que no se puedan explicar por otras etiologías.

Sífilis latente: paciente asintomático, con serología treponémica positiva, que no presenta sífilis primaria, ni secundaria, ni tardía.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio para su correspondiente estadio clínico.

SÍFILIS CONGÉNITA

CIE 9: 090 CIE10: A50

Enfermedad de notificación por sistemas especiales.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

En la sífilis congénita se distinguen dos estadios:

Sífilis congénita precoz: aparición de síntomas antes de los dos primeros años de vida: Hepatoesplenomegalia con ictericia, lesiones mucocutáneas, condiloma lata, rinitis persistente, ictericia, pseudoparálisis de Parrot (debida a periostitis y osteocondritis), implicación del SNC, anemia, síndrome nefrótico, edema generalizado y malnutrición.

Sífilis congénita tardía: después de los dos primeros años de vida: Queratitis intersticial, sordera por afectación del VIII par craneal, tibia en sable, protuberancia frontal, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, sinovitis de rodilla y rágades periorificiales.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa en muestras de lesiones, placenta o cordón umbilical.
- Prueba treponémica positiva (FTA-Abs antiIgM, EIA).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: Infección en el momento del parto en un recién nacido de madre con sífilis, que no está medicada o medicada incorrectamente, independientemente que el recién nacido presente o no signos de la enfermedad.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.



SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

CIE-9: 042

CIE-10: B20-B24

(SIDA, Infección VIH sintomática, Complejo relacionado con el SIDA)

Enfermedad de notificación por sistemas especiales y objeto de vigilancia por la OMS.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Persona con prueba de confirmación frente al VIH y que presenta alguna enfermedad indicativa de SIDA:

- Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
- Candidiasis esofágica
- Coccidiomicosis generalizada
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiasis con diarrea de más de 1 mes
- Infección por citomegalovirus de un órgano diferente al hígado, bazo o ganglios linfáticos
- Retinitis por citomegalovirus
- Encefalopatía por VIH
- Infección por el virus del herpes simple mucocutáneo crónico que persiste más de un mes
- Herpes simple bronquial o pulmonar o esofágico de cualquier duración.
- Histoplasmosis diseminada
- Isosporidiasis crónica
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no Hodgkin de células B o de fenómeno inmunológico desconocido, inmunoblástico o de células pequeñas no hendidas (Burkitt o equivalente)
- Neumonitis intersticial linfoide o hiperplasia linfoide pulmonar (edad menor de 13 meses)
- Linfoma cerebral primario
- Infección por *Micobacterium avium - intracellulare* o *Micobacterium kansasii* diseminada o extrapulmonar
- Tuberculosis extrapulmonar o diseminada
- Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Sepsis recurrente por especies de *Salmonella* que no sean *Salmonella typhi*
- Toxoplasmosis cerebral
- Síndrome caquético por VIH
- Múltiples infecciones bacterianas incluidas Salmonellas (edad < 13 años)
- Carcinoma de cérvix invasivo
- Tuberculosis pulmonar
- Neumonía recurrente

Las infecciones por citomegalovirus, herpes simple y toxoplasma si se producen en pacientes con edad superior al mes.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Toda persona mayor de 18 meses de edad con test de confirmación positivo para VIH-1 ó VIH-2 (Western blot o similar).
- Niños menores o iguales a 18 meses de edad con confirmación por cultivo viral, PCR ó Ag P24.

CRITERIOS DE DEFINICIÓN DE CASO

Caso sospechoso: NA

Caso probable: NA

Caso confirmado: diagnóstico confirmado de infección por VIH y, al menos, la presencia de una enfermedad indicativa de SIDA.

SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO

CIE 9: 079.82 CIE 10: U04

(SRAS)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos, sujeta al Reglamento Sanitario Internacional y objeto de vigilancia de la OMS.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad caracterizada por:

Fiebre de 38° C (documentada o informada).

Y
Uno o más síntomas de enfermedad del tracto respiratorio inferior (tos, disnea, dificultad respiratoria).

Y
Evidencia radiológica de infiltrado pulmonar compatible con neumonía o Síndrome de Distress Respiratorio (SDR), o hallazgos de autopsia compatibles con patología de neumonía o SDR, sin ninguna otra causa identificable.

Y
Ningún diagnóstico alternativo que pueda explicar completamente la enfermedad.

CLASIFICACIÓN DE CASO**Caso sospechoso:****A) Caso único (Importado)**

Persona que cumple la definición de caso clínico de SRAS

Y
Tiene historia de viaje, durante los 10 días precedentes al inicio de síntomas, a alguna de las áreas clasificadas por la OMS como zona de re-emergencia potencial del SRAS. (Estas áreas incluyen las áreas identificadas como fuente en el brote de noviembre de 2002) o contacto con un enfermo con síntomas similares procedente de dichas áreas.

B) Agregaciones témporo-espaciales de casos ("cluster") vinculados a un mismo centro sanitario (Alerta de SRAS)

Dos o más trabajadores sanitarios de una misma institución sanitaria (o una misma unidad, según la estructura física de la institución) que cumplen los criterios de la definición de caso clínico de SRAS, y tienen fecha de inicio de síntomas de la enfermedad en un mismo periodo de 10 días.

O
Enfermedad adquirida en el hospital por 3 o más personas (trabajadores de salud y/o otros trabajadores y/ o pacientes o visitantes) de un hospital o relacionadas con el mismo hospital, que cumplen la definición clínica de caso de SRAS y tienen fecha de inicio de síntomas en un mismo periodo de 10 días.

Caso probable:

Persona que cumple la definición de caso sospechoso con evidencia preliminar de infección por el virus SARS-CoV, debiendo cumplir uno de los siguientes criterios de laboratorio:

Un resultado positivo en una prueba de detección de anticuerpos SARS-CoV.

O

Una prueba de PCR positiva para el SARS-CoV en una muestra clínica.

Caso probable adquirido en el laboratorio:

Persona que presenta síntomas y signos consistentes con la definición clínica de caso de SRAS y que ha trabajado o ha estado en contacto con un laboratorio en el que se realiza manipulación del virus SARS-CoV. Estos casos serán considerados casos probables mientras no sean descartados por pruebas concluyentes de laboratorio.

Caso confirmado:

Persona que cumple la definición de caso sospechoso o probable de SRAS con evidencia de infección por SARS-CoV confirmada por el laboratorio, debiendo cumplir uno de los siguientes criterios:

a) Un resultado de PCR positivo para SARS-CoV usando un método validado, en:

Al menos dos muestras clínicas diferentes (Ej.: exudado nasofaríngeo y heces).



O

Dos o más muestras del mismo tipo, obtenidas secuencialmente en el curso de la enfermedad.
(Ej.: muestras de exudado nasofaríngeo secuenciales).

O

Dos pruebas diferentes o dos PCR repetidos, utilizando un extracto nuevo de RNA de la muestra clínica original, para cada una de las pruebas.

b) Seroconversión por ELISA o IFA (Inmunofluorescencia Indirecta):

Prueba de detección de anticuerpos negativa en suero obtenido en la fase aguda de la enfermedad, seguido de prueba de detección de anticuerpos positiva en suero de la fase convaleciente (≥ 28 días) después del inicio de síntomas).

O

Aumento de 4 veces o más en el título de anticuerpos en la muestra recogida en la fase convaleciente, con respecto a la recogida en la fase aguda, realizando ambas determinaciones en paralelo.

c) Aislamiento del virus:

Aislamiento de SARS-CoV en cultivo celular a partir de cualquier muestra clínica.

Y

Confirmación por PCR usando un método validado.

SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

CIE-9: 771.0

CIE-10: P35.0

(SRC, Rubéola congénita)

Enfermedad de notificación por Sistemas Especiales.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Detección de 2 de las manifestaciones de la sección A o una de la sección A y otra de la sección B.

Sección A:

- cataratas y / o glaucoma congénito
- enfermedad congénita cardíaca
- deterioro auditivo
- retinopatía pigmentaria

Sección B:

- púrpura
- esplenomegalia
- microencefalopatía
- retraso mental
- meningoencefalitis
- osteopatía (enfermedad ósea radiolúcida)
- ictericia que se presenta en las primeras 24 horas tras el nacimiento

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Detección de anticuerpos IgM específicos en serología.
- Elevación significativa del título de anticuerpos IgG específicos o seroconversión en pareja de sueros.
- Aislamiento o PCR en muestras clínicas (exudado nasofaríngeo, orina, suero, etc.).

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: Sospecha clínica de infección por rubéola en la madre y uno o más de de los siguientes signos oculares: pupilas blancas, disminución de la visión, nistagmus, estrabismo y globo ocular pequeño o grande.

Caso probable: caso que cumple los criterios de definición clínica de caso.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

TÉTANOS

CIE-9 037; CIE-10 A35

(Trismo)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad que se caracteriza por hipertonía y/o contracciones musculares dolorosas, inicialmente en los maseteros y los músculos del cuello (especialmente un espasmo facial conocido como “risa sardónica”) y después en los del tronco. En niños mayores y adultos es común la rigidez abdominal como un primer signo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

El aislamiento del organismo de una herida así como la ausencia de niveles de antitoxina circulante de 0.01 UI / ml o mayores pueden establecer el diagnóstico de tétanos. El diagnóstico en el tétanos se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. La historia epidemiológica puede también ayudar al diagnóstico.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: NA

Caso confirmado: Un caso que cumple la definición clínica de caso.

TÉTANOS NEONATAL

CIE 9:771.3 CIE 10:A33

(Tétanos obstétrico)

Enfermedad de notificación por Sistemas Especiales.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad que aparece en un recién nacido que chupa y llora sin dificultad durante los primeros días de vida y que posteriormente desarrolla dificultad progresiva para alimentarse a causa de trismo y rigidez generalizada, con espasmos o convulsiones y opistótonos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

El aislamiento del organismo así como la ausencia de niveles de antitoxina circulante de 0.01 UI/ml o mayores pueden establecer el diagnóstico de tétanos. El diagnóstico en el tétanos se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. La historia epidemiológica puede también ayudar al diagnóstico.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: niño con antecedentes de succión y llanto normales en los dos primeros días de vida y que presenta alguna de las dos situaciones siguientes:

- antecedentes de aparición de la enfermedad entre los 3 y 28 días de edad.
- antecedentes de incapacidad de succionar, seguida de entumecimiento y/o convulsiones.

Caso probable/confirmado: caso sospechoso y tras un reconocimiento físico, hallazgos típicos como: incapacidad de succionar (trismo), y/o entumecimiento (rigidez muscular generalizada), y/o convulsiones (espasmos musculares).



TIFUS EXANTEMÁTICO

CIE-9: 080

CIE-10: A75.0

(Tifus epidémico transmitido por piojos, Tifus clásico, Tabardillo)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos y objeto de vigilancia por la OMS.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Comienzo repentino con fiebre, escalofríos, cefalea, algias generalizadas, postración y erupción macular que no afecta a palmas de manos y plantas de pies.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Detección de IgM por inmunofluorescencia indirecta. En la enfermedad de Brill-Zinsser (recrudescimiento de la enfermedad) los anticuerpos iniciales son IgG.
- Seroconversión en muestras recogidas en fase aguda y convaleciente por inmunofluorescencia o fijación de complemento.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/ probable: enfermedad clínicamente compatible en personas que se encuentren en zonas de catástrofes o guerras, o procedan de zonas endémicas.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

TOS FERINA

CIE-9 033.0

CIE-10 A37.0

(Coqueluche)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad catarral con tos de 2 semanas de duración, con uno de los siguientes síntomas: paroxismos de tos, estridor inspiratorio y convulsivo, vómito postusígeno y ausencia de otras causas aparentes. Esta definición es apropiada para casos endémicos o esporádicos. En caso de brotes, un caso puede definirse como toda enfermedad catarral de al menos 2 semanas de duración.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Bordetella pertussis* de una muestra clínica.
- Detección del genoma de *Bordetella pertussis* en una muestra clínica.
- Respuesta específica de anticuerpos frente a *Bordetella pertussis*.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/probable: Todo caso que concordando con la definición clínica de caso, no está confirmado por laboratorio y no está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio ó está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

TOXOPLASMOSIS

CIE-9:130; 771.2

CIE 10: B58; P37.1

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.**DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO**

Enfermedad sistémica aguda que en **personas sanas** produce un cuadro de linfadenopatía sola o acompañada de fiebre y linfocitosis, que persiste días o semanas. Son muy frecuentes las formas asintomáticas.

En **personas inmunodeprimidas** el cuadro de primoinfección o reactivación cursa con erupción máculo-papular con afectación cerebral y retiniana.

Cuando se produce la afectación del feto durante el embarazo da lugar a un cuadro de **toxoplasmosis congénita** que oscila desde cuadros de coriorretinitis crónica o recurrente, hasta cuadros severos con coriorretinitis, hidrocefalia y calcificaciones intracraneales, como síntomas más característicos y que puede llegar a provocar la muerte fetal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Demostración de *Toxoplasma gondii* en tejidos o fluidos corporales.
- Detección de ácido nucleico de *Toxoplasma gondii* en una muestra clínica.
- Elevación del título de anticuerpos específicos frente a *Toxoplasma gondii* (Ig M, Ig G e Ig A).
- Títulos de Ig G estables o crecientes en una serie de sueros.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso posible: NA

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

TRIQUINOSIS

CIE 9: 124

CIE 10: B75

(Triquiniasis, Triquinelosis)

Enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.**DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO**

Los síntomas y signos más comunes incluyen eosinofilia, fiebre, mialgia y edema periorbital.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Presencia de larvas de *Trichinella spiralis* en biopsia de músculos.
- Serología positiva (seroconversión o aumento cuádruple o más de título de Ac en dos muestras del paciente en fase aguda y convaleciente) a *Trichinella spiralis* por inmunofluorescencia, ELISA o Western blot.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/ probable: compatible con la definición clínica y relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado o que se sepa ha comido carne sospechosa.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que cumple al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

**TUBERCULOSIS (cualquier localización)**

CIE-9: 010-018

CIE-10: A15-A19

(Tisis, Peste blanca)

Enfermedad de notificación por sistemas especiales.**DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO**

Se considera caso de tuberculosis a todo paciente que cumpla los dos criterios siguientes:

- Presencia de signos o síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa de cualquier localización, cuando no hay evidencia de otra enfermedad que los explique y se ha llevado a cabo una evaluación diagnóstica completa.
- Prescripción de tratamiento antituberculoso estándar, habitualmente con tres o más fármacos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento en cultivo de un microorganismo del complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*) en una muestra clínica apropiada.
- En caso de no poder realizar cultivo, demostración de bacilos ácido-alcohol resistentes por microscopía en muestra clínica adecuada.

CLASIFICACIÓN DE CASOS**A).- Según criterios diagnósticos de laboratorio**

Caso confirmado bacteriológicamente: aquel que presente criterios diagnósticos de laboratorio, es decir, aislamiento en cultivo de un microorganismo del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, o, en caso de que no se haya podido realizar cultivo, demostración de bacilos ácido-alcohol resistentes por microscopía en muestra clínica adecuada.

Caso no confirmado bacteriológicamente: aquel que, sin tener criterios diagnósticos de laboratorio, cumpla los criterios de definición clínica de caso.

NOTA: Los casos de Tuberculosis pulmonar se clasificarán a su vez en bacilíferos cuando la microscopía directa de una muestra de esputo espontáneo o inducido arroja resultados positivos y, no bacilíferos, en caso contrario.

B).- Según los antecedentes de tratamiento previo

Caso nuevo: paciente que nunca ha recibido tratamiento antituberculoso, o bien que lo ha recibido durante un periodo de tiempo inferior a un mes.

Caso tratado previamente: paciente que ha recibido tratamiento antituberculoso, (excluyendo quimiprofilaxis), al menos durante un mes. Estos casos incluirán las recidivas, los tratamientos tras abandono, los fallos terapéuticos y otros casos como los crónicos.

NOTA: Ningún caso previamente tratado será declarado de nuevo si no han pasado al menos 12 meses desde la última vez que recibió tratamiento antituberculoso.

TULAREMIA

CIE-9: 021

CIE-10: A21

(Fiebre de los conejos, Enfermedad de Francis)

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.**DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO**

Enfermedad caracterizada por distintas formas clínicas, incluyendo:

- Ulceroglandular (úlceras cutáneas con linfadenopatía regional).
- Glandular (linfadenopatía regional sin úlcera).
- Oculoglandular (conjuntivitis con linfadenopatía preauricular).
- Orofaríngea (estomatitis o faringitis o tonsilitis y linfadenopatía cervical).

- Intestinal (dolor abdominal, vómitos y diarrea).
- Neumónica (enfermedad pleuropulmonar primaria).
- Tifóidica (enfermedad febril sin localización precoz de signos o síntomas).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento de *Francisella tularensis* en una muestra clínica.
- Detección de genoma de *Francisella tularensis* en una muestra clínica.
- Seroconversión.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: clínicamente compatible y epidemiológicamente relacionado con los siguientes factores de riesgo descritos para la enfermedad: evidencia de antecedentes de mordedura de garrapata, picadura de otros artrópodos, exposición a tejidos de un animal huésped de *Francisella tularensis*, o exposición a agua potencialmente contaminada.

Caso probable: compatible clínicamente y:

- Título(s) elevado(s) de anticuerpos séricos a antígeno de *Francisella tularensis* (sin documentación de seroconversión) en un paciente sin antecedentes de vacunación contra la tularemia, o
- Detección de *Francisella tularensis* en una muestra clínica por inmunofluorescencia.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

VARICELA

CIE 9: 052

CIE 10: B01

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Comienzo repentino con fiebre moderada, síntomas generales mínimos y erupción vesículo-papular de 3 ó 4 días, que deja costras granulares con prurito. Las lesiones aparecen en brotes sucesivos y están en diferente etapa de maduración. Las lesiones son superficiales.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento del virus en cultivos celulares del líquido vesicular.
- Demostración de antígeno vírico en frotis, por medio de anticuerpos fluorescentes.
- Detección del genoma vírico, por reacción en cadena de la polimerasa.
- Test serológico positivo para los anticuerpos IgM de la Varicela-Zoster.
- Aumento significativo de Anticuerpos séricos IgG.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso/ probable: clínicamente compatible y que no está epidemiológicamente relacionado con un caso probable o confirmado.

Caso confirmado: el que presente al menos uno de los criterios diagnósticos de laboratorio o que reúne criterios clínicos de definición de caso y está ligado a un caso confirmado o probable.

Dos casos probables epidemiológicamente relacionados pueden ser considerados confirmados en ausencia de confirmación de laboratorio.



YERSINIOSIS

CIE-9 027.8

CIE-10 A04.6; A28.2

Enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO

Enfermedad de gravedad variable, caracterizada por diarrea, fiebre, náuseas, cólicos abdominales y tenesmo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

Aislamiento de *Yersinia enterocolitica* o *Yersinia pseudotuberculosis* en una muestra clínica.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso: NA

Caso probable: compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con un caso humano.

Caso confirmado: compatible con la definición clínica de caso y que presente al menos uno de los criterios diagnósticos.

BROTOS EPIDÉMICOS DE CUALQUIER ETIOLOGÍA

Notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

A efectos de notificación obligatoria, se considera situación epidémica o brote:

- La aparición de dos o más casos de la misma enfermedad asociados por características de tiempo, lugar o persona.
- El incremento significativo de casos en relación a los valores esperados.
- La agregación de casos de una enfermedad en un territorio y en un tiempo comprendido entre el mínimo y el máximo de su período de incubación o latencia.
- La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella.
- La presentación de uno o más casos de enfermedades importadas con capacidad de transmisión.
- La presencia de cualquier proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, imputable a causa accidental, manipulación o consumo.
- Incidentes, naturales o intencionados, que representen de forma inmediata o diferida en el tiempo, un riesgo para la salud pública por la aparición, cierta o potencial, de casos relacionados con ese incidente.



ANEXO I

DECRETO 69/2006, de 5 de octubre, por el que se regula la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León.

La Constitución Española recoge, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud, siendo competencia de los poderes públicos organizar y tutelar este derecho a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El Estatuto de Autonomía de Castilla y León señala, en su artículo 34.1.1.ª, que esta Comunidad Autónoma tiene competencias de desarrollo legislativo y de ejecución de la legislación del Estado en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria debiendo tener como base la organización de un sistema de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.

Mediante el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, se organiza el sistema de información sanitaria al que hacía referencia la Ley General de Sanidad, vinculando su contenido a todo el territorio nacional por su carácter de norma básica.

La Comunidad de Castilla y León, en su Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario, también reconoce entre las actividades y servicios comprendidos en su Sistema de Salud, el establecimiento de un adecuado sistema de información sanitaria y vigilancia epidemiológica que permita el seguimiento, de forma continuada, de la evolución de los problemas y la evaluación de los programas.

Dentro de este marco legislativo, y en concordancia con las iniciativas emanadas de la Unión Europea, particularmente la Decisión 2119/98/CE por la que se crea una Red de Vigilancia Epidemiológica y Control de las enfermedades transmisibles en Europa, conviene adecuar y perfeccionar el actual sistema de vigilancia epidemiológica como instrumento para el control de las enfermedades transmisibles y otros procesos agudos de interés sanitario, que en nuestra Comunidad Autónoma ya venía regulado por el Decreto 61/1985, de 20 de junio, por el que se regula la declaración obligatoria de enfermedades en la Comunidad de Castilla y León, y sus Órdenes de desarrollo.

Por consiguiente, el objeto del presente Decreto es la regulación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, dando así también cumplimiento al mandato expreso que el artículo 5 del citado Real Decreto 2210/1995, de 20 de diciembre, dirige a los órganos competentes de las Comunidades Autónomas para que adopten las medidas que consideren oportunas, a los efectos de que las estructuras de la Red se correspondan con cada uno de los niveles administrativos y asistenciales del Sistema Sanitario y para que, mediante

la vigilancia epidemiológica, las Administraciones sanitarias dispongan de la información necesaria para la toma de decisiones.

En su virtud, la Junta de Castilla y León, a propuesta del Consejero de Sanidad, de acuerdo con el Consejo Consultivo de Castilla y León, y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 5 de octubre de 2006

DISPONE:

Artículo 1.– Objeto.

El presente Decreto tiene por objeto la regulación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, cuya finalidad es detectar la aparición, frecuencia, distribución y variaciones de problemas de salud y de sus factores determinantes, para contribuir a la aplicación de medidas de control de las situaciones sanitarias que supongan un riesgo para la salud de los individuos o de la comunidad en su conjunto.

Artículo 2.– Funciones de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

La Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León tiene las siguientes finalidades:

- a) Identificar los problemas de salud en términos de endemia, epidemia y riesgo.
- b) Investigar los problemas de salud en función de los niveles de intervención y proponer medidas de control individuales y colectivas.
- c) Identificar los cambios en la distribución y tendencia de los problemas de salud y sus causas.
- d) Evaluar las estrategias de intervención aplicadas para el control de los problemas de salud.
- e) Aportar información operativa para la planificación.
- f) Difundir la información a los niveles operativos adecuados y colaborar en la elaboración de las estadísticas oficiales.
- g) Participar en el funcionamiento de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Artículo 3.– Actividades de vigilancia epidemiológica.

Son actividades propias de la vigilancia epidemiológica en Castilla y León la recogida sistemática y continuada de información epidemiológica, su depuración, análisis e interpretación, así como la oportuna difusión de resultados y recomendaciones a los niveles operativos competentes.

Artículo 4.– Sistemas de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

1.– La Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León estará constituida por Sistemas Básicos y Sistemas Específicos de Vigilancia Epidemiológica.

2.– Son Sistemas Básicos:

- a) El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- b) Las Situaciones Epidémicas y Brotes.
- c) El Sistema de Alertas Epidemiológicas y su respuesta rápida.

- d) El Sistema de Información Microbiológica.
- 3.– Son Sistemas Específicos:
 - a) El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
 - b) El Sistema Centinela de vigilancia de la gripe.
 - c) El Registro del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis.
 - d) El Sistema Centinela.
 - e) Los registros de enfermedades integrados en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y en la Red de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades Transmisibles en Europa, así como los que reglamentariamente se determinen.
 - f) Las encuestas periódicas de Serovigilancia y otros sistemas de vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles.

Artículo 5.– Estructura de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

- 1.– La Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León estará constituida por una estructura orgánica y una estructura funcional.
- 2.– La estructura orgánica de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León la integran, a nivel central, la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad y, a nivel periférico, los Servicios Territoriales competentes en materia de sanidad.
- 3.– Forman parte de la estructura funcional de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León todos los recursos del sector sanitario de la Comunidad Autónoma, tanto públicos como privados.
Son la base funcional de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León tanto la asistencia sanitaria primaria como la especializada.

Artículo 6.– Funciones de la estructura orgánica de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

- 1.– Corresponde a la Dirección General de Salud Pública y Consumo:
 - a) La superior ordenación, dirección y gestión de las actividades de vigilancia epidemiológica en el ámbito de la Comunidad Autónoma, garantizando el funcionamiento de todos los sistemas de vigilancia integrados en la Red.
 - b) Las relaciones externas y el intercambio de información con el Ministerio de Sanidad y Consumo, con otras Consejerías, organismos e instituciones competentes por razón de la materia.
 - c) El ejercicio, dentro de las previsiones legales, de las funciones de autoridad sanitaria.
 - d) La coordinación con los otros órganos de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud.
 - e) El diseño, establecimiento, dirección técnica y desarrollo de los sistemas de la Red de Vigilancia Epidemiológica, incluyendo los soportes de recogida de información, los protocolos de actuación y los manuales de procedimiento pertinentes.
 - f) El análisis de la situación sanitaria de la Comunidad Autónoma a partir de los resultados de la vigilancia epidemiológica.

- g) La difusión de los resultados de la información generada por el análisis epidemiológico, y la formulación de las recomendaciones oportunas sobre problemas de salud.
- 2.– Corresponde a los Servicios Territoriales competentes en materia de sanidad y dentro de su ámbito territorial:
 - a) La dirección, organización y coordinación de las actividades de vigilancia epidemiológica.
 - b) La coordinación de las actividades de vigilancia epidemiológica de los centros y servicios sanitarios públicos y privados.
 - c) El apoyo técnico en las intervenciones de salud pública que lo requieran.
 - d) El análisis de la situación sanitaria a partir de los resultados de la vigilancia epidemiológica.
 - e) La difusión de los resultados de la información generada por el análisis epidemiológico, y la formulación de las recomendaciones oportunas sobre problemas de salud.
 - f) La adopción y ejecución de medidas de intervención pública y de otras medidas especiales de control de la salud pública.
 - g) Elevar a la Dirección General de Salud Pública y Consumo los informes y las comunicaciones sistemáticas que se establezcan.

Artículo 7.– Actividades de la estructura funcional de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

- 1.– Corresponde a la asistencia sanitaria primaria, tanto pública como privada:
 - a) La notificación, en la forma que reglamentariamente se establezca por Orden de la Consejería de Sanidad, de los procesos objeto de vigilancia que conozca en el desempeño de sus funciones.
 - b) La detección, investigación y notificación al Servicio Territorial competente en materia de sanidad de las enfermedades y problemas sanitarios de su zona, que aún no siendo objeto de vigilancia específica, supongan o puedan suponer un riesgo para la salud pública.
 - c) La puesta en práctica de las medidas de prevención y control, tanto individuales como colectivas, que en función de las diversas situaciones de riesgo se determinen.
 - d) La realización de búsquedas activas que, a través de los diferentes sistemas de registro del centro sanitario, fueren necesarias para la vigilancia epidemiológica.
 - e) Elevar al Servicio Territorial competente en materia de sanidad las comunicaciones sistemáticas y periódicas que se establezcan, así como los informes que sean necesarios.
- 2.– Corresponde a la asistencia sanitaria especializada, tanto pública como privada:
 - a) La notificación, en la forma que reglamentariamente se establezca por Orden de la Consejería de Sanidad, de los procesos objeto de vigilancia epidemiológica que conozca en el desempeño de sus funciones.
 - b) La detección de enfermedades y procesos de repercusión en la salud pública, notificándolo al Servicio Territorial competente en materia de sanidad en la forma que reglamentariamente se establezca.
 - c) La atención sanitaria de los casos y la aplicación de medidas de aislamiento y control que sean precisas.



- d) Facilitar la realización de las búsquedas activas que, a través de los diferentes sistemas de registro del centro o de sus servicios, fueren necesarias para la vigilancia epidemiológica.
- e) Elevar al Servicio Territorial competente en materia de sanidad las comunicaciones sistemáticas y periódicas que se establezcan, así como los informes que sean necesarios.

Artículo 8.– Tratamiento de Datos de Carácter Personal.

- 1.– El tratamiento de la información de carácter personal que se realice como consecuencia del desarrollo y aplicación de este Decreto, se hará de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- 2.– El tratamiento de datos de carácter personal relacionado con los derechos y deberes de los pacientes estará también sujeto a lo dispuesto en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en la Ley 8/2003, de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, de la Comunidad de Castilla y León.

Artículo 9.– Obligaciones del personal sanitario de los centros y de los servicios sanitarios.

- 1.– Todo el personal médico que integra la Red de Vigilancia Epidemiológica descrita en el artículo 5 del presente Decreto, está obligado a notificar los casos de enfermedades de declaración obligatoria, la aparición de brotes y situaciones epidémicas, la detección de riesgos que puedan afectar a la salud de la comunidad y los procesos que se determinen por la autoridad sanitaria.
Del mismo modo, todo el personal sanitario de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León está obligado a colaborar con el resto de las actividades de la vigilancia epidemiológica de la Red.
- 2.– Los profesionales sanitarios tienen el deber de cumplir los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.
- 3.– Ante una situación de brote epidémico o de riesgo para la población, todo el sector sanitario integrado en la Red de Vigilancia Epidemiológica, tiene la obligación de cooperar con las autoridades de salud pública, proporcionando la información necesaria para la investigación y colaborando en la ejecución de las medidas adoptadas para el control del brote epidémico o del riesgo poblacional.
- 4.– Asimismo, los responsables de los centros y de los servicios sanitarios que los integran, tanto públicos como privados, están obligados a facilitar y apoyar la realización de las tareas de vigilancia epidemiológica.

Artículo 10.– Régimen sancionador.

- 1.– De conformidad con lo previsto en el artículo 36.1 de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema

Sanitario y en el artículo 35 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, constituirán infracciones administrativas en materia de vigilancia epidemiológica, las acciones u omisiones tipificadas en dichas Leyes.

- 2.– Las infracciones serán sancionadas de acuerdo con lo previsto en el artículo 37 de la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Única.– Derogación normativa.

Queda derogado el Decreto 61/1985 de 20 de junio, por el que se regula la declaración obligatoria de enfermedades en la Comunidad de Castilla y León, y demás disposiciones de igual o inferior rango en lo que se opongan o contradigan lo dispuesto en el presente Decreto.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.– Incorporación de otros sistemas a la Red.

Podrán incorporarse a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León mediante Orden de la Consejería de Sanidad, aquellos otros sistemas de vigilancia que fuera necesario desarrollar en función de problemas específicos o como complemento de las intervenciones sanitarias para el control de enfermedades, y los sistemas que se establezcan para la evaluación de programas de control y prevención.

Segunda.– Canales de información, niveles de agregación y otros procedimientos de la Red.

La Consejería de Sanidad aprobará los canales de información, los niveles de agregación y otros procedimientos para los distintos sistemas que integran la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, incluyendo entre éstos el listado de enfermedades de declaración obligatoria en la Comunidad Autónoma así como, en su caso, las sucesivas modificaciones que hubieren de producirse en el mismo.

Tercera.– Habilitación normativa.

Se faculta a la Consejería de Sanidad a dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución del presente Decreto.

Cuarta.– Entrada en vigor.

El presente Decreto entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

Valladolid, 5 de octubre de 2006.

El Presidente de la Junta de Castilla y León,

Fdo.: Juan Vicente Herrera Campo

El Consejero de Sanidad,

Fdo.: César Antón Beltrán

Fecha de B.O.C. y L.: Miércoles, 11 de octubre de 2006

B.O.C. y L. nº 197

ANEXO II

ORDEN SAN/2128/2006, de 27 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León.

La notificación de enfermedades de declaración obligatoria, basada en la universalidad, la obligatoriedad y la oportunidad, constituye una pieza fundamental de la vigilancia epidemiológica contando con una amplia tradición en nuestro país y tiene como finalidad la detección precoz de los casos y la toma de decisiones para el control de la enfermedad. En este proceso los profesionales sanitarios son elementos clave, y sin su participación constante y responsable no sería posible establecer una adecuada protección de la salud de la población.

En el artículo 4 del Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, se establece que la notificación obligatoria de enfermedades se integra en el sistema básico de la vigilancia, y en idéntico sentido lo recoge el Decreto 69/2006 de 5 de octubre, por el que se regula la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León.

Por otra parte, la Unión Europea en su Decisión 2000/96/CE, especifica las enfermedades transmisibles que deberán ser progresivamente vigiladas por la red de los países de la Unión Europea y los criterios para su selección, y para facilitar la comparabilidad de los datos procedentes de los distintos Estados miembros, la Comisión adoptó la Decisión n.º 202/253/CE, en la que establece las definiciones de los casos en los que deben notificarse las enfermedades a la red comunitaria.

Por ello, de acuerdo con lo previsto en la disposición final segunda del citado Decreto 69/2006, de 5 de octubre, y con el fin de actualizar el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, en virtud de lo dispuesto en la disposición final tercera del mencionado Decreto,

DISPONGO

Artículo 1.– Objeto y definición.

1. El objeto de la presente orden es regular el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León.
2. El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria es un sistema básico de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León que está orientado a la detección y control en tiempo oportuno de los casos de aquellas enfermedades transmisibles que, por su potencial epidémico, representen un riesgo para la salud de la población.
3. Son enfermedades de declaración obligatoria en el ámbito territorial de la Comunidad de Castilla y León las que se relacionan en el Anexo I de la presente Orden.
4. La obligatoriedad de la declaración se establece ante el diagnóstico de casos nuevos, incluido el diagnóstico de sospecha.

Artículo 2.– Responsables de la notificación.

1. Todos los médicos en ejercicio, tanto público como privado, en el ámbito territorial de la Comunidad de Castilla y León están obligados a notificar los casos de las enfermedades de declaración obligatoria, ajustándose a la periodicidad, modalidades y procedimientos que se definen en esta Orden.
2. El resto del personal sanitario que en el desarrollo de su ejercicio profesional conociera o sospechara la existencia de casos de enfermedades incluidas en el listado del Anexo I de esta Orden, está obligado a ponerlo en conocimiento de los responsables de la actividad asistencial de su centro de trabajo.
3. El responsable de la actividad asistencial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, está obligado a velar por el cumplimiento de la notificación obligatoria de enfermedades en el ámbito de sus instituciones.

Artículo 3.– Modalidades de notificación.

Se establecen cuatro modalidades de notificación de las enfermedades de declaración obligatoria en función de sus diferentes características epidemiológicas y de la diversa trascendencia sanitaria de estas enfermedades:

1. Notificación numérica: Quedan sujetas a esta modalidad de notificación todas las enfermedades incluidas en el Anexo I de esta Orden, a fin de disponer de información sobre el número de casos nuevos observados, y de tener conocimiento de su magnitud y su distribución temporal y espacial.
2. Notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos: Quedan sujetas a esta modalidad de notificación todas las enfermedades incluidas en el apartado A del Anexo I, en las cuales se requiere disponer de datos iniciales básicos a efectos de establecer el oportuno control sobre el enfermo, sus contactos y su entorno, sin perjuicio de que con posterioridad puedan ser recabados datos clínicos y epidemiológicos adicionales a través de la correspondiente encuesta epidemiológica.
3. Notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos: Quedan sujetas a esta modalidad de notificación todas las enfermedades incluidas en el apartado B del Anexo I, así como las situaciones epidémicas y brotes de cualquier etiología, a fin de facilitar la oportuna adopción de medidas de prevención y control que eviten la extensión de la enfermedad y la aparición de nuevos casos relacionados.
4. Notificación de enfermedades incluidas en Sistemas Especiales: Quedan sujetas a esta modalidad de notificación todas las enfermedades incluidas en el apartado C del Anexo I ya que, por sus especiales características epidemiológicas, pueden requerir especificidad diagnóstica, seguimiento de casos, estudio de contactos u otra información relevante sobre el caso.

Artículo 4.– Periodicidad de la notificación.

1. La unidad básica temporal de notificación y análisis es la semana, que a efectos epidemiológicos, empieza el domingo a las cero horas y finaliza el sábado siguiente a las 24 horas.



2. Todos los casos de enfermedades de declaración obligatoria, excepto los de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos, se notificarán semanalmente a las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales con competencia en sanidad antes del jueves siguiente a la semana cerrada, siguiendo el procedimiento que se establece en esta Orden.
3. La notificación de las enfermedades de declaración urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos se realizará de forma inmediata por teléfono, fax, o cualquier otra vía, a las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales competentes en sanidad, dentro de las primeras 24 horas desde el diagnóstico de sospecha. Los días festivos, fines de semana y fuera de la jornada laboral habitual, la notificación se hará a través del Sistema de Alertas Epidemiológicas y su respuesta rápida.

Artículo 5.– Procedimiento para la notificación.

El procedimiento para la notificación se realizará conforme al siguiente circuito:

1. En los centros de Atención Primaria y consultorios locales pertenecientes a la Gerencia Regional de Salud, los médicos entregarán al responsable de la actividad asistencial de dicho centro las notificaciones de casos de enfermedades de declaración obligatoria conforme al modelo A del Anexo II de esta Orden junto con la notificación numérica semanal cumplimentada en el modelo B del mismo Anexo.
El responsable de la actividad asistencial agrupará toda la información generada en el Centro en el modelo C del Anexo II y la remitirá, junto con los modelos A y B que le han sido entregados, a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial con competencia en materia de sanidad. Esta información incluirá la generada durante la atención continuada.
2. En los centros de Atención Especializada de la Gerencia Regional de Salud, los médicos entregarán las notificaciones de casos de enfermedades de declaración obligatoria formuladas en los modelos A y B del Anexo II al responsable de la actividad asistencial del Centro, quien remitirá la información agrupada a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial competente en sanidad en la misma forma descrita en el apartado anterior.
Si existiera en el centro de Atención Especializada un Servicio de Medicina Preventiva, podrá asignarse a este Servicio la función de recepción y envío de la información, así como su agrupación.
3. En el ámbito privado, el responsable asistencial del centro, remitirá las notificaciones de las enfermedades de declaración obligatoria a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial competente en sanidad de la provincia correspondiente, según se indica en los apartados 1 y 2 de este mismo artículo.
4. Los profesionales médicos no incluidos en los apartados anteriores, remitirán las notificaciones de las enfermedades de declaración obligatoria a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial competente en sanidad. La remisión de esta notificación se realizará a través del responsable de la actividad asistencial si lo hubiere.

5. Las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales competentes en sanidad, remitirán semanalmente la información de las enfermedades de declaración obligatoria correspondientes a su provincia al Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Salud Pública y Consumo.
6. El Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, remitirá la información de las enfermedades de declaración obligatoria correspondientes al nivel regional a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en los términos del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre.

Artículo 6.– Tratamiento y análisis de la información.

1. Corresponde a las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales competentes en materia de sanidad:

- a) Recabar, depurar y agregar los datos de las enfermedades de declaración obligatoria.
- b) Analizar los datos epidemiológicos obtenidos y difundir los resultados de la información generada.
- c) Facilitar la información generada a nivel provincial a la Dirección General de Salud Pública y Consumo y a la estructura funcional de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León.

2. Corresponde al Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Salud Pública y Consumo:

- a) Analizar la información de las enfermedades de declaración obligatoria a nivel regional.
- b) Remitir la información epidemiológica establecida a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en los términos que establece el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre.
- c) Efectuar la difusión de los resultados de la información generada por el análisis epidemiológico de las enfermedades de declaración obligatoria en el ámbito regional a otros niveles de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León y a otros ámbitos en los que esta información pudiera ser de interés.

Artículo 7.– Medidas de prevención y control.

Cuando de la notificación urgente de una enfermedad o del análisis de las enfermedades de declaración obligatoria notificadas se derive la necesidad de adoptar medidas de prevención y control, éstas serán establecidas por las Secciones de Epidemiología, o en su caso, por el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles quienes las ejecutarán directamente o en coordinación con los servicios asistenciales.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Única.– Derogación Normativa.

Quedan derogadas la Orden de la Consejería de Bienestar Social de 1 de agosto de 1985, por la que se aprueba el listado de enfermedades de declaración obligatoria y las modalidades y procedimientos de notificación de las mismas en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y la Orden de 17 de septiembre de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar

Social, por la que se incluye el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el listado de enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Castilla y León.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.– Ejecución.

Se faculta al Director General de Salud Pública y Consumo para dictar cuantas resoluciones e instrucciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Orden.

Segunda.– Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el mismo día de la entrada en vigor del Decreto 69/2006, de 5 de octubre. Valladolid, 27 de diciembre de 2006.

El Consejero de Sanidad,

Fdo.: César Antón Beltrán

ANEXO I

Enfermedades de Declaración Obligatoria en Castilla y León

1. Botulismo
2. Brucelosis
3. Campilobacteriosis
4. Carbunco
5. Criptosporidiosis
6. Cólera
7. Difteria
8. Encefalopatías Espongiformes de Transmisión Humana (EETH)
9. Enfermedad de Lyme
10. Enfermedad invasora por H. influenzae tipo b
11. Enfermedad invasora por S. pneumonie
12. Enfermedad meningocócica
13. Fiebre amarilla
14. Fiebre exantemática mediterránea
15. Fiebres hemorrágicas virales
16. Fiebre recurrente por garrapatas
17. Fiebre Q
18. Fiebre tifoidea y paratifoidea
19. Giardiasis
20. Gripe
21. Hepatitis A
22. Hepatitis B
23. Hepatitis C
24. Hepatitis víricas (otras)
25. Hidatidosis
26. Infección Gonocócica
27. Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
28. Infecciones humanas por virus de la Gripe Aviar H5N1 (u otros subtipos)
29. Infecciones por Chlamydia
30. Infección por E. coli enterohemorrágico
31. Leishmaniasis
32. Legionelosis
33. Lepra
34. Leptospirosis
35. Listeriosis
36. Meningitis vírica
37. Otras enfermedades de transmisión sexual

38. Otras Meningitis bacterianas
39. Paludismo
40. Parálisis flácida aguda en menores de 15 años
41. Parotiditis
42. Peste
43. Poliomiélitis
44. Rabia
45. Rubéola
46. Salmonelosis de transmisión alimentaria (excepto por S. typhi y S. paratyphi)
47. Sarampión
48. Shigelosis
49. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
50. Síndrome de Rubéola Congénita
51. Sífilis
52. Sífilis congénita
53. Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS)
54. Tétanos
55. Tétanos neonatal
56. Tifus exantemático
57. Tos ferina
58. Triquinosis
59. Tuberculosis (cualquier localización)
60. Tularemia
61. Toxoplasmosis
62. Varicela
63. Yersiniosis
64. y los brotes epidémicos de cualquier etiología.

Apartado A.– Enfermedades de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos:

1. Brucelosis
2. Campilobacteriosis
3. Carbunco
4. Criptosporidiosis
5. Enfermedad de Lyme
6. Enfermedad invasora por S. pneumoniae
7. Fiebre exantemática mediterránea
8. Fiebre recurrente por garrapatas
9. Fiebre Q
10. Fiebre tifoidea y paratifoidea
11. Giardiasis
12. Hepatitis A
13. Hepatitis B
14. Hepatitis C
15. Hepatitis víricas (otras)
16. Infección Gonocócica
17. Infecciones por Chlamydia
18. Legionelosis
19. Leishmaniasis
20. Leptospirosis
21. Meningitis vírica
22. Otras enfermedades de transmisión sexual
23. Otras meningitis bacterianas
24. Paludismo
25. Salmonelosis de transmisión alimentaria (excepto por S. typhi y S. paratyphi)
26. Shigelosis



ANEXO III

27. Sífilis
28. Tétanos
29. Tularemia
30. Toxoplasmosis
31. Varicela
32. Yersiniosis

Apartado B.– Enfermedades de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos:

1. Botulismo
2. Cólera
3. Difteria
4. Enfermedad invasora por *H. influenzae* tipo b
5. Enfermedad meningocócica
6. Fiebre amarilla
7. Fiebres hemorrágicas virales
8. Infecciones humanas por virus de la Gripe Aviar H5N1 (u otros subtipos)
9. Infección por *E. Coli* enterohemorrágico
10. Listeriosis
11. Parálisis flácida aguda menores de 15 años
12. Parotiditis
13. Peste
14. Poliomieltis
15. Rabia
16. Rubéola
17. Sarampión
18. Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS)
19. Tifus exantemático
20. Tos ferina
21. Triquinosis
22. y los brotes epidémicos de cualquier etiología.

Apartado C.– Enfermedades de notificación por Sistema Especiales:

1. Encefalopatías Espongiformes de Transmisión Humana (EETH)
2. Hidatidosis
3. Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
4. Lepra
5. Sífilis Congénita
6. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
7. Síndrome de Rubéola Congénita
8. Tétanos Neonatal
9. Tuberculosis (cualquier localización)

ANEXO II

Modelos de notificación de enfermedades de declaración obligatoria

Modelo A.– Notificación individualizada con datos básicos

Modelo B.– Notificación numérica semanal del médico

Modelo C.– Notificación semanal de centro sanitario

Fecha de B.O.C. y L.: Lunes, 8 de enero de 2007 B.O.C. y L. n.º 5

ORDEN SAN/76/2007, de 16 de enero, por el que se regula el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Situaciones Epidémicas y Brotes.

La detección precoz de brotes y situaciones epidémicas, su inmediata notificación, así como su estudio e investigación, vienen justificados por la necesidad de establecer, con oportuna rapidez, las adecuadas medidas de control que tiendan a limitar su extensión en la comunidad.

El estudio sistemático de los brotes y las situaciones epidémicas permite la identificación de los factores de riesgo y de los grupos poblacionales que se hallan especialmente expuestos; y, con la información obtenida del estudio de múltiples brotes, se perfecciona el conocimiento sobre las características clínico-epidemiológicas de la enfermedad y sobre su forma de presentación.

La Unión Europea considera como segundo pilar del funcionamiento de su red sobre enfermedades transmisibles al sistema de alerta precoz y su respuesta rápida creado por la Decisión 2000/57/CE de la Comisión, con la finalidad de avisar a las autoridades públicas sanitarias de los Estados miembros y a la Comisión sobre brotes de dimensiones superiores a los territorios nacionales, en cuyo caso puede requerirse una acción comunitaria coordinada para la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles en aplicación de la Decisión 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de septiembre.

Respecto a la vigilancia epidemiológica referida a los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, ha de hacerse mención expresa a la Directiva 2003/99/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 17 de noviembre, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos, en cuyo artículo 1, apartado 2, letra c) se afirma que la presente Directiva regula la investigación epidemiológica de los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos, concretándose en el artículo 2 de este mismo texto normativo la definición de brote de enfermedad transmitida por los alimentos; también hay que destacar que mediante la Decisión número 2003/542/CE de la Comisión, de 17 de julio, se establece la salmonelosis como una de las enfermedades a incluir en una red de vigilancia específica, y modifica la Decisión número 2000/96/CE, de 22 de diciembre de 1999, relativa a la operativa de las redes de vigilancia específicas.

En este mismo sentido, también hay que indicar la reciente entrada en vigor de la Orden SCO/3270/2006, de 13 de octubre, por la que se desarrolla el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en relación con la salmonelosis de transmisión alimentaria.

Finalmente señalar que, conforme establece Decreto 69/2006 de 5 de octubre, por el que se regula la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, la notificación de situaciones epidémicas y brotes se integra en el sistema básico de la red de vigilancia epidemiológica, siguiendo el mismo criterio

que ya estaba previsto el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Por ello, de acuerdo con lo previsto en la disposición final segunda del citado Decreto 69/2006, de 5 de octubre, y con el fin de actualizar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Situaciones Epidémicas y Brotes, en virtud de lo dispuesto en la disposición final tercera del mencionado Decreto,

DISPONGO

Artículo 1.– Objeto y ámbito.

- 1.– El objeto de la presente Orden es regular el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Situaciones Epidémicas y Brotes.
- 2.– El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Situaciones Epidémicas y Brotes es un sistema básico de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León cuyo objetivo es la detección precoz de situaciones epidémicas o brotes de cualquier etiología que representen un potencial riesgo de exposición o de propagación y que requieran la adopción de adecuadas medidas de control para limitar su extensión a la comunidad.

Artículo 2.– Definiciones.

A efectos de su notificación obligatoria se considera situación epidémica o brote:

- 1.– La aparición de dos o más casos de la misma enfermedad asociados por características de tiempo, lugar o persona.
- 2.– El incremento significativo de casos en relación a los valores esperados.
- 3.– La agregación de casos de una enfermedad en un territorio y en un tiempo comprendido entre el mínimo y el máximo de su período de incubación o latencia.
- 4.– La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella.
- 5.– La presentación de uno o más casos de enfermedades importadas con capacidad de transmisión.
- 6.– La presencia de cualquier proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, imputable a causa accidental, manipulación o consumo.
- 7.– Incidentes, naturales o intencionados, que representen de forma inmediata o diferida en el tiempo, un riesgo para la salud pública por la aparición, cierta o potencial, de casos relacionados con ese incidente.

Artículo 3.– Responsables de la notificación.

- 1.– Todos los médicos en ejercicio, tanto público como privado, en el ámbito territorial de la Comunidad de Castilla y León, están obligados a notificar de forma urgente las situaciones epidémicas y brotes ajustándose al procedimiento que se define en esta Orden.
- 2.– El resto del personal sanitario que, en el desarrollo de su ejercicio profesional, conociera o sospechara la existencia de una situación epidémica o brote está obligado a ponerlo en conocimiento del responsable de su centro de trabajo.

- 3.– El responsable de la actividad asistencial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, está obligado a velar por el cumplimiento de la notificación obligatoria urgente de las situaciones epidémicas o brotes detectados en el ámbito de su institución.
- 4.– En caso de tener sospecha de la existencia de un brote o situación epidémica en un centro laboral, docente, geriátrico, establecimientos de hostelería o de cualquier otro tipo, e industrias alimentarias, sus directores o responsables deberán ponerlo en conocimiento de sus servicios sanitarios de referencia.

Artículo 4.– Procedimiento de la notificación.

- 1.– Todo brote o situación epidémica es de notificación obligatoria y urgente en las primeras veinticuatro horas. La obligatoriedad de la declaración se establece ante la simple sospecha.
- 2.– La notificación de brote o situación epidémica se realizará de forma inmediata por teléfono, fax u otra vía, a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial competente en materia de sanidad de la provincia correspondiente.

La notificación fuera del horario laboral habitual (tardes, noches, festivos y fines de semana) se efectuará llamando al 112, lo que conllevará la puesta en marcha del Sistema de Alertas Epidemiológicas y su respuesta rápida.

- 3.– La declaración de brote o situación epidémica se realizará aportando, al menos, los datos epidemiológicos básicos que se establecen en el modelo de notificación que figura como Anexo de esta Orden.
- 4.– En caso de que el brote o situación epidémica detectado haya sido causado por alguna de las enfermedades de declaración obligatoria, los casos diagnosticados serán, además, incluidos en la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria de la semana correspondiente.
- 5.– Los responsables de las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales comunicarán los brotes y situaciones epidémicas al Jefe del Servicio Territorial competente en materia de sanidad quien a su vez lo comunicará al Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Salud Pública y Consumo dentro de las veinticuatro horas siguientes a su conocimiento así como a la Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria cuando sea oportuno por razón de la materia.
- 6.– La Dirección General de Salud Pública y Consumo, de conformidad con lo establecido en los artículos 17 y 18 del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se regula la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en aquellos brotes que por sus características hagan sospechar un interés supracomunitario, los comunicará urgentemente al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Artículo 5.– Investigación.

- 1.– La investigación epidemiológica de los brotes o situaciones epidémicas, le corresponde al responsable de la Sección de Epidemiología de la provincia en que se produzca



el brote. La coordinación de todas las actuaciones le corresponden al Jefe del Servicio Territorial competente en materia de sanidad.

- 2.- Los responsables de las Secciones de Epidemiología recabarán la colaboración que fuere necesaria para la investigación de un brote o situación epidémica ya sea de los coordinadores médicos de los Centros de Salud como de los directores de otros centros sanitarios o de cualquier otro profesional o servicio sanitario, tanto del sector público como del privado.
- 3.- Los directores y responsables de centros laborales, docentes, geriátricos o de otro tipo, establecimientos de hostelería y similares, están obligados a facilitar la investigación de aquellos brotes con los que sus empresas o instituciones estén directa o indirectamente relacionados, así como a posibilitar la adopción de las adecuadas medidas de control.
- 4.- Cuando los brotes afecten a más de una provincia de la Comunidad Autónoma en razón a su causalidad, su exposición a riesgo o el número de afectados, la dirección y coordinación de la investigación epidemiológica corresponderá al Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Salud Pública y Consumo.

Artículo 6.- Medidas de prevención y control.

- 1.- Cuando en el curso de la investigación de un brote o situación epidémica se derive la necesidad de adoptar medidas de prevención y control, éstas serán determinadas por el Jefe del Servicio Territorial competente en materia de sanidad, y se ejecutarán en coordinación con los servicios asistenciales y si fuere preciso éstas se propondrán a la autoridad competente.
- 2.- Cuando la situación epidémica o brote afecte a más de una provincia de la Comunidad de Castilla y León, las medidas de prevención y control se adoptarán por la Dirección General de Salud Pública y Consumo o por la Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria en virtud de los ámbitos competenciales normativamente establecidos para cada centro directivo.

Artículo 7.- Informe epidemiológico final.

- 1.- En el plazo no superior a un mes, una vez finalizado el brote o situación epidémica estudiada, se emitirá un informe epidemiológico de la investigación que el Jefe del Servicio Territorial competente en materia de sanidad remitirá a la Dirección General de Salud Pública y Consumo y a la Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria si fuera preciso, en virtud de las características del brote o situación epidémica estudiada.
- 2.- En el plazo no superior a tres meses, una vez finalizado el brote o situación epidémica estudiada, la Dirección General de Salud Pública y Consumo remitirá su informe final al Ministerio de Sanidad y Consumo, conforme establece el artículo 20 del Real Decreto 2110/1995 de 28 de diciembre.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

Única.- Medidas de prevención y control en los casos de enfermedades de declaración obligatoria que originen una situación epidémica o brote.

Cuando una enfermedad de declaración obligatoria sea el origen de una situación epidémica o brote, las medidas de prevención y control se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 6 de la presente Orden.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.- Ejecución.

Se faculta al Director General de Salud Pública y Consumo para dictar cuantas resoluciones e instrucciones sean necesarias para la ejecución de la presente Orden.

Segunda.- Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

Valladolid, 16 de enero de 2007.

El Consejero de Sanidad,

Fdo.: César Antón Beltrán

Fecha de B.O.C. y L.: Lunes, 29 de enero de 2007 B.O.C. y L. n.º 20



NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA

Enfermedades de Declaración Obligatoria

Semana que finalizó el sábado de de 200

Semana [][]

Año [][][][]

1. DATOS PERSONALES

Form fields for personal data: Name and surnames, NIF, CIP, Date of birth, Age, Sex, Address, Locality, CP, Province, Phone, Work center, Occupation.

2. DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Form for disease description with a grid of checkboxes for various diseases like Botulismo, Brucelosis, Campilobacteriosis, etc.

Form for clinical and diagnostic data: Date of onset, Type of presentation, Type of diagnosis, Vaccination status, and Observations.

3. MÉDICO DECLARANTE

Form for the reporting doctor: Name and surnames, CIAS, Center, Municipality, Province.

Fecha

Firma



NOTIFICACIÓN SEMANAL NUMÉRICA DEL MÉDICO

Enfermedades de Declaración Obligatoria

Semana que finalizó el sábado de de 200

Semana

Año

Enfermedades	N.º Casos	
Gripe	Σ	<input type="text"/>

Enfermedades	N.º Casos
Botulismo	<input type="text"/>
Brucelosis	<input type="text"/>
Campilobacteriosis	<input type="text"/>
Carbunco	<input type="text"/>
Cólera	<input type="text"/>
Criptosporidiosis	<input type="text"/>
Difteria	<input type="text"/>
Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas	<input type="text"/>
Enfermedad de Lyme	<input type="text"/>
Enf. Invasora por <i>H. influenzae</i> tipo b	<input type="text"/>
Enf. Invasora por <i>S. pneumoniae</i>	<input type="text"/>
Enfermedad meningocócica	<input type="text"/>
Fiebre amarilla	<input type="text"/>
Fiebre exantemática mediterránea	<input type="text"/>
Fiebres hemorrágicas virales	<input type="text"/>
Fiebre recurrente por garrapatas	<input type="text"/>
Fiebre Q	<input type="text"/>
Fiebre tifoidea y paratifoidea	<input type="text"/>
Giardiasis	<input type="text"/>
Hepatitis A	<input type="text"/>
Hepatitis B	<input type="text"/>
Hepatitis C	<input type="text"/>
Hepatitis víricas (otras)	<input type="text"/>
Hidatidosis	<input type="text"/>
Infección gonocócica	<input type="text"/>
Infecciones por <i>Chlamydia</i>	<input type="text"/>
Infección por <i>E. coli</i> enterohemorrágico	<input type="text"/>
Infección por VIH	<input type="text"/>
Infecciones humanas por virus de la gripe aviar H5N1 (u otros subtipos)	<input type="text"/>
Leishmaniasis	<input type="text"/>
Legionelosis	<input type="text"/>

Enfermedades	N.º Casos
Lepra	<input type="text"/>
Leptospirosis	<input type="text"/>
Listeriosis	<input type="text"/>
Meningitis vírica	<input type="text"/>
Otras enf. de transmisión sexual	<input type="text"/>
Otras meningitis bacterianas	<input type="text"/>
Paludismo	<input type="text"/>
Parálisis flácida aguda en menores de 15 años	<input type="text"/>
Parotiditis	<input type="text"/>
Peste	<input type="text"/>
Poliomielitis	<input type="text"/>
Rabia	<input type="text"/>
Rubéola	<input type="text"/>
Salmonelosis de transmisión alimentaria (excepto por <i>S. typhi</i> y <i>S. paratyphi</i>)	<input type="text"/>
Sarampión	<input type="text"/>
Shigelosis	<input type="text"/>
Sífilis	<input type="text"/>
Sífilis congénita	<input type="text"/>
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	<input type="text"/>
Síndrome de rubéola congénita	<input type="text"/>
Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS)	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="text"/>
Tétanos neonatal	<input type="text"/>
Tifus exantemático	<input type="text"/>
Tos ferina	<input type="text"/>
Toxoplasmosis	<input type="text"/>
Triquinosis	<input type="text"/>
Tuberculosis (cualquier localización)	<input type="text"/>
Tularemia	<input type="text"/>
Varicela	<input type="text"/>
Yersiniosis	<input type="text"/>
Brotos epidémicos de cualquier etiología	<input type="text"/>

Σ Notificación sólo numérica

Notificación urgente

Notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos

Notificación por sistemas especiales

ESTA SEMANA NO SE HAN ATENDIDO CASOS DE ENFERMEDADES SUJETAS A DECLARACIÓN OBLIGATORIA (MARCAR CON UNA CRUZ)

MÉDICO DECLARANTE

Nombre y apellidos CIAS:

Centro Sanitario Municipio Provincia

Fecha

Firma



NOTIFICACIÓN SEMANAL DE CENTRO SANITARIO

Enfermedades de Declaración Obligatoria

Semana que finalizó el sábado de de 200

Semana

Año

Enfermedades	N.º Casos	
Gripe	Σ	<input type="text"/>

Enfermedades	N.º Casos
Botulismo	<input type="text"/>
Brucelosis	<input type="text"/>
Campilobacteriosis	<input type="text"/>
Carbunco	<input type="text"/>
Cólera	<input type="text"/>
Criptosporidiosis	<input type="text"/>
Difteria	<input type="text"/>
Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas	<input type="text"/>
Enfermedad de Lyme	<input type="text"/>
Enf. Invasora por <i>H. influenzae</i> tipo b	<input type="text"/>
Enf. Invasora por <i>S. pneumoniae</i>	<input type="text"/>
Enfermedad meningocócica	<input type="text"/>
Fiebre amarilla	<input type="text"/>
Fiebre exantemática mediterránea	<input type="text"/>
Fiebres hemorrágicas virales	<input type="text"/>
Fiebre recurrente por garrapatas	<input type="text"/>
Fiebre Q	<input type="text"/>
Fiebre tifoidea y paratifoidea	<input type="text"/>
Giardiasis	<input type="text"/>
Hepatitis A	<input type="text"/>
Hepatitis B	<input type="text"/>
Hepatitis C	<input type="text"/>
Hepatitis víricas (otras)	<input type="text"/>
Hidatidosis	<input type="text"/>
Infección gonocócica	<input type="text"/>
Infecciones por <i>Chlamydia</i>	<input type="text"/>
Infección por <i>E. coli</i> enterohemorrágico	<input type="text"/>
Infección por VIH	<input type="text"/>
Infecciones humanas por virus de la gripe aviar H5N1 (u otros subtipos)	<input type="text"/>
Leishmaniasis	<input type="text"/>
Legionelosis	<input type="text"/>

Enfermedades	N.º Casos
Lepra	<input type="text"/>
Leptospirosis	<input type="text"/>
Listeriosis	<input type="text"/>
Meningitis vírica	<input type="text"/>
Otras enf. de transmisión sexual	<input type="text"/>
Otras meningitis bacterianas	<input type="text"/>
Paludismo	<input type="text"/>
Parálisis flácida aguda en menores de 15 años	<input type="text"/>
Parotiditis	<input type="text"/>
Peste	<input type="text"/>
Poliomielitis	<input type="text"/>
Rabia	<input type="text"/>
Rubéola	<input type="text"/>
Salmonelosis de transmisión alimentaria (excepto por <i>S. typhi</i> y <i>S. paratyphi</i>)	<input type="text"/>
Sarampión	<input type="text"/>
Shigelosis	<input type="text"/>
Sífilis	<input type="text"/>
Sífilis congénita	<input type="text"/>
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	<input type="text"/>
Síndrome de rubéola congénita	<input type="text"/>
Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS)	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="text"/>
Tétanos neonatal	<input type="text"/>
Tifus exantemático	<input type="text"/>
Tos ferina	<input type="text"/>
Toxoplasmosis	<input type="text"/>
Triquinosis	<input type="text"/>
Tuberculosis (cualquier localización)	<input type="text"/>
Tularemia	<input type="text"/>
Varicela	<input type="text"/>
Yersiniosis	<input type="text"/>
Brotos epidémicos de cualquier etiología	<input type="text"/>

Σ Notificación sólo numérica

Notificación urgente

Notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos

Notificación por sistemas especiales

DATOS DEL CENTRO

Denominación del Centro

Responsable asistencial del Centro (Nombre y apellidos)

Dirección Municipio Provincia

N.º de médicos que deben declarar

N.º de médicos que declaran

Fecha

Firma



NOTIFICACIÓN URGENTE DE BROTES Y SITUACIONES EPIDÉMICAS

Fecha de notificación: / / Hora h. m.

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre y apellidos	
Centro de trabajo	
Dirección	Teléfono
Localidad:	Provincia

DATOS DEL BROTE O SITUACION EPIDÉMICA

Tipo de brote o situación epidémica	
Lugar donde ocurre el brote	
Localidad:	Provincia
N.º de casos conocidos en el momento de la declaración	N.º de expuestos
Nombre y teléfono de contacto de algún afectado o familiar	
Ingresos hospitalarios: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.º de ingresados	
Nombre del hospital	Fecha de ingreso
Características del proceso	
Fecha de inicio de síntomas / / Hora h. m.	
Síntomas	
Fecha de la posible exposición de riesgo / / Hora: h. m.	
Posible agente etiológico/origen del brote (p.e. producto sospechoso)	
.....	
En caso de toxiinfección alimentaria	
Menú	
.....	
Fecha de consumo / /	
Lugar de consumo	

Observaciones

.....

.....

Directorio

Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social

Provincia	Dirección	CP	Teléfono	Fax
Ávila	C/ San Juan de la Cruz, 28	05071	920355078 920355275	920355083
Burgos	Avda. Sierra de Atapuerca, 4	09071	947283107 947280137	947280125
León	Edificio de Usos Múltiples. 2ª planta. Avda. Peregrinos, s/n	24071	987296936 987296941	987296937
Palencia	Avda. Casado del Alisal, 32	34071	979715443 979715453	979715427
Salamanca	Avda. de Portugal, 83-89	37071	923296030 923296718	923296745
Segovia	Avda. Juan Carlos I, 3	40071	921417155	921417376
Soria	C/ Nicolás Rabal, 7	42071	975236589	975236602
Valladolid	Avda, Ramón y Cajal, 6	47071	983413783 983413779	983413829
Zamora	Plaza de Alemania, 1	49071	980547441 980547443	980547420

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles

Provincia	Dirección	CP	Teléfono	Fax
Valladolid	Paseo de Zorrilla, s/n	47014	983413672	983413730

Sistema de Alertas Epidemiológicas

Tardes, noches y festivos y fines de semana	Teléfono de emergencias 112
--	--------------------------------

