

HANTAVIRUS (CIE 10: B33.4)

01

Es una zoonosis viral transmitida al ser humano por roedores silvestres, que para Chile es el *Oligoryzomys longicaudatus*. La enfermedad es endémica en nuestro país, la distribución del roedor es desde la región de Coquimbo hasta Magallanes. Su letalidad ha disminuido a cifras menores del 40% en los últimos años.

| | |
|--------------------|--|
| TIPO DE VIGILANCIA | Universal e inmediata. El/ La médico debe notificar frente a la sospecha a la autoridad sanitaria. |
| NOTIFICACIÓN | Formulario de notificación en Epivigila. |

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso sospechoso: persona que presenta el siguiente cuadro clínico: Fiebre, mialgias, cefalea, síntomas gastrointestinales con trombocitopenia o radiografía de tórax con infiltrado intersticial uni o bilateral y que tiene el antecedente de actividades de riesgo o exposición a roedores silvestres en las 6 semanas previas al inicio de los síntomas .

Persona previamente asintomática que presenta un cuadro de distress respiratorio (SDRA) sin un diagnóstico o causa que lo explique.

Persona que fallece con un cuadro respiratorio inexplicable, con resultado de muerte y autopsia que demuestra edema pulmonar no cardiogénico, sin una causa específica e identificable por laboratorio.

Caso confirmado: Caso sospechoso que ha sido confirmado por laboratorio y que demuestra infección aguda por Hantavirus (IgM positiva o PCR) por el Instituto de Salud Pública (ISP) y laboratorios reconocidos por el ISP para confirmación.

| | | |
|---|---|--|
| CIRCULAR/NORMA TÉCNICA | https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/01/Circular_Vigilancia_Hantavirus.pdf | |
| ANÁLISIS DEL EVENTO | FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL | |
| Caracterizar los casos por sexo, grupo etario, actividades de riesgo de contagio, (ocupación, excursiones, ruralidad, etc.), gravedad, región y lugar de posible exposición en zonas endémicas del vector <i>Oligoryzomys longicaudatus</i> . | <ul style="list-style-type: none">• Casos aislados estacionales.• Conglomerados.• Brotes (fuente de exposición común). | |
| COMUNICACIÓN | Ante la sospecha informar por la vía mas expedita a la SEREMI de Salud. Mantener informado al equipo médico. | |
| ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL: | | |
| INVESTIGACIÓN DEL CASO | Investigación preliminar al caso si esta en condiciones de responder, de lo contrario realizarla a algún familiar o informante clave. Considerar ocupación o exposiciones del caso, signos y síntomas, fechas de inicio de síntomas, fecha de primera consulta, apoyar en la búsqueda de contactos y expuestos. | |
| CONTROL DE CONTACTOS O EXPUESTOS | <ul style="list-style-type: none">• Realizar seguimiento de contactos y expuestos en búsqueda de síntomas.• Orientar a la consulta precoz en caso de inicio de síntomas.• Gestionar toma de muestra si corresponde. | |

ARBOVIRUS (CIE 10: A92.0- A95.0– A97.0– U06.9)

Enfermedades virales transmitidas por artrópodos como dengue, chikungunya, Zika y fiebre amarilla, se transmiten por mosquitos hembra, principalmente de la especie *Aedes aegypti*, en un menor grado, por el de *Aedes albopictus*.

02

| | |
|--|--|
| TIPO DE VIGILANCIA NOTIFICACIÓN | Universal e inmediata , El/la médico debe notificar frente a la sospecha a la autoridad sanitaria. Formulario de notificación en Epivigila. |
| DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO Chikungunya (A92.0) Caso sospechoso: Paciente con fiebre > 38,5°C y artralgia severa o artritis de comienzo agudo, que no se explican por otras condiciones médicas, con antecedentes de estadía en áreas con presencia del mosquito <i>Aedes</i> , durante las dos semanas anteriores al inicio de los síntomas. Dengue (A97.0—A97.1—A97.2—A97.9) Caso sospechoso: Persona con enfermedad febril aguda con duración máxima de 7 días, con dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-orbitario, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas (epistaxis, gingivorragia, prueba del torniquete positiva) y leucopenia, y que resida o haya estado en los últimos 15 días en zona con circulación de virus del dengue. Fiebre Amarilla (A95.0—A95.1—A95.9) Caso sospechoso: Persona con enfermedad caracterizada por fiebre de comienzo brusco seguida de ictericia en las dos semanas posteriores al inicio de los síntomas, y uno de los siguientes síntomas: epistaxis, gingivorragia, la piel o el tracto digestivo . Y áreas con presencia del mosquito <i>Aedes</i> , durante las dos semanas anteriores al inicio de los síntomas. Zika (U06.9) Caso sospechoso: Persona que presente exantema maculopapular asociado a uno o más de los siguientes signos o síntomas: Fiebre cuantificada o referida, artralgia o artritis, cefalea retroocular, hiperemia conjuntival, mialgias. Y que tenga antecedentes de haber estado en áreas con presencia del mosquito <i>Aedes</i> durante las dos semanas previas al inicio de síntomas, O, haber sido pareja sexual de viajero que haya retornado de áreas con mosquito <i>Aedes</i> durante las 8 semanas previas al inicio de síntomas. Caso confirmado: Caso sospechoso confirmado por laboratorio (Instituto de Salud Pública-ISP o laboratorio reconocido por este) positivo a una o más pruebas de arbovirus o nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio; o en el curso de una epidemia, por criterio clínico-epidemiológico. | |
| CIRCULAR/NORMA TÉCNICA | https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/11/CircularDenge2010.pdf |
| ANÁLISIS DEL EVENTO Caracterizar los casos por sexo, grupo etario, antecedentes de viajes a países con circulación o regiones con presencia del vector <i>Aedes aegypti</i> (Arica y Parinacota y Valparaíso (Aconcagua e Isla de Pascua)). Antecedentes de arbovirus previo. En caso de dengue, presentación de signos de alarma. | FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL <ul style="list-style-type: none"> Casos importados. Brotes (Isla de Pascua). |
| COMUNICACIÓN | Ante la sospecha informar por la vía mas expedita a la SEREMI de Salud. Mantener informado al equipo médico. |
| ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL: | |
| INVESTIGACIÓN DEL CASO | Investigación preliminar al caso si esta en condiciones de responder, de lo contrario realizarla a algún familiar o informante clave. Considerar antecedente de viaje a países con presencia del vector <i>Aedes aegypti</i> o sectores en Chile con presencia del vector, signos y síntomas, fechas de inicio de síntomas, fecha de primera consulta, antecedentes de picadura. |
| MEDIDAS DE CONTROL | <ul style="list-style-type: none"> Verificación de la entrega de repelente y malla mosquitera a todos los casos sospechosos y confirmados. |

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA (CIE 10: A39)

03

Enfermedad transmisible inmunoprevenible. La *Neisseria meningitidis* (Nm) o meningococo es el principal agente causal dentro de las meningitis bacterianas y puede invadir diferentes espacios del cuerpo humano provocando infecciones más graves como la meningococemia, denominándose enfermedad meningocócica invasiva.

TIPO DE VIGILANCIA

Universal e inmediata, El/la médico debe notificar frente a la sospecha a la autoridad sanitaria.

NOTIFICACIÓN

Formulario de notificación en Epivigila y plataforma EM MINSAL.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso sospechoso: persona de cualquier edad que presente fiebre mayor o igual a 38°C o hipotermia (< 36°C) de inicio rápido, asociado a uno de los siguientes cuadros clínicos: compromiso del estado general marcado o síndrome séptico o síndrome meníngeo o erupción cutánea petequeal o purpúrica (meningococemia).

Caso confirmado: caso sospechoso que se confirma por; laboratorio, mediante técnica de aislamiento del agente etiológico de *Neisseria meningitidis* en cultivo de líquido céfalo raquídeo (LCR); sangre, otro fluido o tejido o mediante técnica de reacción de polimerasa en cadena (PCR); nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio, o por clínica con evolución compatible con un cuadro de EM, en ausencia de resultados de laboratorio, cuyo diagnóstico debe ser ratificado por equipo médico.

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

<https://epi.minsal.cl/enfermedad-meningococcica/>

ANÁLISIS DEL EVENTO

Caracterizar los casos por tiempo (SE, fecha), lugar (región de residencia y notificación) y persona (edad, sexo, serogrupos, diagnóstico clínico, otras). Se analizan indicadores de gestión de calidad: notificación, hospitalización, tratamiento de contactos y confirmación de laboratorio.

FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL

- Casos aislados estacionales.
- Conglomerados.
- Brotes.

COMUNICACIÓN

Ante la sospecha informar por la vía mas expedita a la SEREMI de Salud. Mantener informado al equipo médico.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

Notificación ante sospecha, 100% de notificación en las primeras 24 horas post hospitalización, completando el formulario de meningitis bacterianas, EM e invasoras en Epivigila, consultando todos los antecedentes del caso. Hospitalización del caso dentro de las 24 hrs. de la 1° consulta. Enviar muestras desde Laboratorio local a ISP. Identificar todos los contactos (intra y extradomiciliarios).

CONTROL DE CONTACTOS O EXPUESTOS

- Profilaxis de contactos dentro de primeras 24 hrs. de notificación. Según edad y condición).
- Realizar seguimiento de contactos por 10 días post exposición en búsqueda de síntomas o aparición de nuevos casos.
- Consejerías epidemiológicas a familiares o instituciones donde se haya aplicado tratamiento de contactos.
- Identificar posibles brotes. Monitorear casos según Serogrupos.

SARAMPIÓN (CIE 10: B05) - RUBÉOLA (CIE 10: B06) (SR)

04

Son enfermedades virales exantemáticas que se encuentran eliminadas de las Américas desde el 2002 y 2009 respectivamente. El sarampión es altamente contagioso y presenta exantema característico macular entre el 3° y 7° día que inicia en la cara y se generaliza al resto del cuerpo. La rubéola presenta un exantema maculo-papuloso puntiforme difuso, siendo lo importante su afectación en embarazadas, ya que causa anomalías en fetos (síndrome rubéola congénita).

| | |
|---------------------------|---|
| TIPO DE VIGILANCIA | Universal e inmediata. El/la médico debe informar a la autoridad sanitaria frente a la sospecha de casos. |
| NOTIFICACIÓN | Formulario de notificación en Epivigila. |

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso sospechoso: paciente de cualquier edad que presente exantema macular, acompañado de uno o más de los siguientes signos o síntomas: fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, conjuntivitis, linfadenopatías o artralgias, que puede acompañarse de tos y coriza.

Caso confirmado SR: caso sospechoso confirmado por laboratorio con IgM específicos para sarampión o rubéola por técnica Elisa, en 2 muestras serológicas con intervalo 2-3 semanas y aumento significativo de IgG específicos contra sarampión o rubéola según sea el caso, o por nexo epidemiológico con un caso confirmado de sarampión o rubéola.

Caso importado de SR: caso confirmado SR en persona procedente o con antecedentes de haber viajado a zona donde existe circulación de virus SR. La aparición del exantema debe coincidir con el período de incubación y permanencia en país de contagio.

Caso post vacunal: caso sospechoso con inicio de exantema dentro de los 7 y 14 días posteriores a la vacunación, con confirmación serológica de laboratorio y de aislarse el virus, debe corresponder a cepa vacunal y no salvaje. La investigación epidemiológica debe asegurar ausencia de nexo epidemiológico y de fuente de exposición.

Caso descartado: caso sospechoso que es descartado por ISP o presente resultado no concluyente, sin segunda muestra que se descarte por criterio clínico-epidemiológico (otro diagnóstico) o no fue posible obtener una muestra y se descarta por estos mismos criterios.

Brote de SR: aparición de uno o más casos confirmados de sarampión o rubéola. Los casos que se originen de un caso importado, se denominarán brotes asociados a importación.

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/1-CIRCULAR_VIG_INTEGRADA_SARAMPION-RUBEOLA_2010.pdf

| ANÁLISIS DEL EVENTO | FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL |
|--|---|
| Caracterizar los casos según sexo, edad, antecedentes de vacunación (especialmente de cohorte 1971-1981), antecedentes de viaje a zonas con circulación de virus sarampión-rubéola (incluye fechas de viaje y transporte), fecha inicio de exantema, lugares de riesgo (instituciones educativas o de salud, entre otros). | <ul style="list-style-type: none"> Casos importados y asociados a importación. |

| | |
|---------------------|--|
| COMUNICACIÓN | Ante la sospecha informar por la vía mas expedita a la SEREMI de Salud. Mantener informado al equipo médico. |
|---------------------|--|

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

- Validar notificación, obtener antecedentes y factores de riesgo (viaje al extranjero, estado vacunal y contacto con embarazadas), asegurar toma de muestra de sangre y respiratoria con correcto envío al ISP para confirmación.
- Recomendar aislamiento por 7 días desde el inicio de exantema o hasta el resultado de laboratorio.
- Realización de búsqueda activa de casos SR para intensificar la vigilancia en caso de brote de sarampión o rubéola, de manera institucional o comunitaria.
- Realizar registro de Unidades Notificadoras semanalmente con ingreso de casos sospechosos.

CONTROL DE CONTACTOS*

*Persona que viva en la misma casa o haya estado expuesta a secreciones respiratorias de caso sospechoso durante período de transmisión del virus y que no puede acreditar vacunación (desde 7 días antes hasta 7 días posterior a inicio exantema).

- Gestionar bloqueo epidemiológico junto a PNI local a contactos que no puedan corroborar esquema de dos dosis.
- Orientar a la consulta precoz en caso de inicio de síntomas.
- Gestionar y asegurar toma de muestra si presenta síntomas.

PARALISIS FLÁCCIDA AGUDA (POLIOMIELITIS) (CIE 10: A80)

El Sd. Parálisis Fláccidas Agudas (PFA) se caracteriza por debilidad muscular de inicio brusco y progresión rápida que comienza por las extremidades de etiología variada y puede llegar a comprometer los músculos respiratorios en un lapso de 1 a 10 días. Dentro de ellas, la poliomielitis es una enfermedad infecciosa e inmunoprevenible producida por el virus polio y que se transmite persona a persona, afectando principalmente a menores de 5 años y se caracteriza por causar parálisis irreversible, generalmente de extremidades inferiores. La región de las Américas fue declarada libre de polio virus salvaje en 1994.

TIPO DE VIGILANCIA Universal e inmediata, El/la médico debe informar a la autoridad sanitaria frente a la sospecha de casos.

NOTIFICACIÓN Actualmente se notifica en Epivigila.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso sospechoso: cualquier caso de síndrome PFA o enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad; que no corresponda a traumatismo grave.

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

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

Caso de poliomielitis paralítica relacionada con la vacuna: caso PFA, cuyo origen se atribuye al virus de la vacuna y cumple los siguientes requisitos: clínicamente típico de poliomielitis, incluyendo secuelas; había recibido VPO antes del inicio de parálisis, se aisló el virus polio vacunal en las muestras de heces y probablemente la dosis de VPO implicada es la primera dosis.

Caso de riesgo: caso en menor de 5 años que presenta al inicio de la parálisis, fiebre y PFA asimétrica y de instalación brusca (< 4 días).

Caso descartado: caso de PFA con muestra adecuada, en la cual no hubo aislamiento de poliovirus salvaje.

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

<https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/Circular-Vigilancia-PFA.pdf>

ANÁLISIS DEL EVENTO

Caracterizar los casos según sexo, edad, antecedentes de vacunación y fecha, antecedentes de viaje a zonas con circulación de virus polio, fecha inicio de parálisis, eliminación de excretas en domicilio o lugares visitados.

FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL

Chile no presenta casos de poliomielitis desde 1975. Los casos PFA que se presentan, generalmente son compatibles con Sd. Guillain Barré.

*Los casos derivados de la vacuna se presentan sólo por vacunación oral, la cual fue reemplazada por completo en el país a inyectable (hexavalente) el 2019.

COMUNICACIÓN

Ante la sospecha informar por la vía mas expedita a la SEREMI de Salud. Mantener informado al equipo médico.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

- Validar notificación, obtener antecedentes y factores de riesgo (viaje al extranjero, estado vacunal y saneamiento básico o contacto con heces), **verificar toma de muestra de heces al caso sospechoso dentro de los 14 días desde el inicio de la parálisis**, envío al ISP para confirmación. Posterior a la recepción de la muestra en ISP, se puede gestionar vacunación del caso si no se encuentra inmunizado.
- Realizar registro de Unidades Notificadoras semanalmente con ingreso de casos sospechosos.
- Asegurar la notificación de casos que cumplan la definición de caso para cumplir con tasa de notificación requerida.
- Gestionar seguimiento del caso a los 60 días desde inicio de la parálisis con pediatra si no es posible evaluación neurológica en hospital o clínica.

CONTROL DE CONTACTOS*

*Todo menor de 5 años que no haya recibido la vacuna en los 30 días precedentes al inicio de la parálisis del caso probable y con el cual comparte riesgos epidemiológicos.

- Gestionar toma de muestra a contactos menores de 5 años no vacunados en los últimos 30 días si no es posible tomar muestra a caso sospechoso.
- Orientar a la consulta precoz en caso de inicio de síntomas.

El cólera es una infección diarreica aguda causada por la bacteria *Vibrio cholerae*; los serogrupos O1 y O139 se relacionan con las características toxigénica de esta enfermedad. Generalmente se adquiere por la ingestión de alimentos o agua contaminada, siendo poco común la transmisión persona a persona. Tiene un periodo de incubación entre doce horas y cinco días.

| | |
|---------------------------|--|
| TIPO DE VIGILANCIA | Universal e inmediata. El/la médico debe informar a la autoridad sanitaria frente a la sospecha de casos.. |
| NOTIFICACIÓN | Formulario de notificación en Epivigila |

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso sospechoso: Toda persona que presente diarrea acuosa y profusa (heces “en agua de arroz”) de inicio brusco, con algún grado de deshidratación compatible con el cuadro.

Caso confirmado: Caso sospechoso de cólera en que se confirme *Vibrio cholerae* de los serogrupos O1 u O139 aislado de materia fecal, por el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP).

Caso importado: Caso confirmado, en que la investigación epidemiológica indica que se adquirió la enfermedad fuera del territorio nacional, al tener antecedentes de viaje a un país con transmisión activa durante cinco días previos al inicio de los síntomas.

Caso autóctono: Caso confirmado, en que la investigación epidemiológica indica que se adquirió la enfermedad en el territorio nacional, al no tener antecedentes de viaje a un país con transmisión activa durante cinco días previos al inicio de los síntomas.

Brote: Se considera brote, si se cumple uno de los siguientes criterios:

- La aparición de un caso autóctono confirmado por laboratorio.
- Agrupación de dos o más casos confirmados para el mismo serogrupo, que ocurren en una población o comunidad definida.

| | |
|-------------------------------|---|
| CIRCULAR/NORMA TÉCNICA | https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/CIRCULAR_41-COLERA.pdf |
|-------------------------------|---|

ANÁLISIS DEL EVENTO

Caracterizar los casos según sexo, edad, antecedentes de viaje, fecha y hora de inicio de síntomas, lugares y actividades de riesgo (cronograma).

FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL

- Casos importados y asociados a importación.

COMUNICACIÓN

Ante la sospecha informar por la vía mas expedita a la SEREMI de Salud. Mantener informado al equipo médico.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

- Ser el vinculo oficial de comunicación entre el establecimiento de salud y la Autoridad Sanitaria Regional respectiva.
- Validar notificación, obtener antecedentes y factores de riesgo (viaje al extranjero, contacto con otras personas enfermas), asegurar toma de muestra de PCR y coprocultivo con correcto envío de cepas al ISP para confirmación.
- Asegurar la notificación de casos que cumplan la definición de caso.
- En la investigación preliminar al caso apoyar en la búsqueda de contactos y expuestos, como también la búsqueda de actividades y lugares de riesgo.

CONTROL DE CONTACTOS O EXPUESTOS

**Cualquier persona que haya estado expuesta a un caso de cólera sospechoso o confirmado, dentro de los 5 días previos al inicio de los síntomas del caso índice, en alguna de las siguientes situaciones: Compartir alimentos, bebidas agua o hielo o dormir en la misma casa.*

- Seguimiento de contactos o expuestos durante 5 días a partir de su ultima exposición.
- Orientar a la consulta precoz en caso de inicio de síntomas.
- Gestionar y asegurar toma de muestra si corresponde.

HIDATIDOSIS (CIE 10: B67.0, B67.1, B67.2, B67.3, B67.4, B67.8 y B67.9)

07

Enfermedad zoonótica (enfermedad transmitida al ser humano por los animales) provocada por parásitos, del género *Echinococcus*. Esta enfermedad se puede presentar en cuatro formas: Equinocosis quística, Equinocosis alveolar, Equinocosis poliquística, y Equinocosis unikuística.

TIPO DE VIGILANCIA

Universal de notificación dentro de las 24 horas desde su diagnóstico.

NOTIFICACIÓN

Formulario de notificación en Epivigila.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso probable

Paciente con evidencia de lesión (es) quística (s) en un órgano detectada por técnicas imagenológicas (ultrasonido, TAC, radiografía, RMN), o bien, paciente con detección de anticuerpos séricos específicos a través de una prueba serológica de alta sensibilidad.

Caso confirmado

Caso probable que cumpla uno o más de los criterios diagnósticos, o bien, cualquier persona que cumpla uno o más de los criterios diagnósticos por si solos. Los casos confirmados serán notificados de acuerdo a la codificación CIE-10 vigente, siguiente:

- B67.0: Infección del hígado debida a *Echinococcus granulosus*.
- B67.1: Infección del pulmón debida a *Echinococcus granulosus*.
- B67.2: Infección de hueso debida a *Echinococcus granulosus*.
- B67.3: Infección de otro órgano y de sitios múltiples debido a *Echinococcus granulosus*.
- B67.4: Infección debida a *Echinococcus granulosus*, sin otra especificación.
- B67.8: Equinocosis del hígado, no especificada.
- B67.9: Equinocosis, otra y la no especificada.

Recidiva

Corresponde a todo caso confirmado que es tratado efectivamente dándose por curado y que presenta un nuevo cuadro de Hidatidosis dentro de 10 años.

Reinfección

Corresponde a todo caso confirmado que es tratado efectivamente dándose por curado y que presenta un nuevo cuadro de hidatidosis posterior a 10 años.

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

<https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/01/Circular-B51-11-Vigilancia-epidemiolo%CC%81gica-de-hidatidosis.pdf>

ANÁLISIS DEL EVENTO

FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL

Caracterizar los casos por sexo, grupo etario, pueblos originarios, región de residencia, región de posible exposición y clasificación CIE-10.

- Casos aislados.
- Conglomerados (esporádicos).

COMUNICACIÓN

Dentro de las 24 horas desde el diagnóstico, notificación en Epivigila.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

Investigación preliminar al caso. Considerar factor de riesgo, ocupación o exposiciones del caso, signos y síntomas, apoyar en la búsqueda de expuestos.

MEDIDAS DE CONTROL

- Verificar que se realice la correcta y oportuna notificación.
- Verificar que cumpla con criterios de confirmación.

GONORREA (CIE 10: A 54)

La gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, que puede infectar primariamente diferentes tipos de mucosa, de preferencia la uretra en el hombre (uretritis) y cuello uterino en la mujer (cervicitis). Otras ubicaciones son: rectal, conjuntival y faríngea.

TIPO DE VIGILANCIA

Universal de notificación dentro de las 24 horas desde su diagnóstico.

NOTIFICACIÓN

Formulario de notificación en Epivigila.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso confirmado: presencia de examen de laboratorio microbiológico, inmunoenzimático o de biología molecular que señale infección por *N. gonorrhoeae*, con o sin sintomatología o antecedente de contacto con caso confirmado.

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/CIRCULAR_24_SIFILIS_GONORREA_2013.pdf

ANÁLISIS DEL EVENTO

Caracterizar los casos por sexo, grupo etario, nacionalidad, pueblos originarios, gestantes, probables vías de transmisión, región de residencia y clasificación CIE-10.
Incluir análisis de la transmisión vertical.

FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL

- Casos aislados.
- Conglomerados muy esporádicamente.

COMUNICACIÓN

Dentro de las 24 horas, notificación en Epivigila.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

Completar el formulario de notificación de gonorrea en Epivigila consultando todos los antecedentes del caso.

CONTROL DE CONTACTOS O EXPUESTOS

- Ofrecer al caso, la posibilidad de declarar voluntariamente sus contactos sexuales, para que el personal de salud tome contactos con ellos y ofrezca el tamizaje y tratamiento a estas personas.
- La persona con gonorrea debe recibir consejería para la gestión de riesgo y prevención de ITS, así como educación e información sobre el uso consistente y sistemático del condón en todas las relaciones sexuales., para cortar la cadena de transmisión.

COQUELUCHE—TOS FERINA (CIE 10: A37)

09

Es una enfermedad respiratoria aguda causada por la bacteria *Bordetella pertussis*; sin embargo, ocasionalmente puede ser causada por otras especies de bordetelas como *parapertussis* u *holmesii*. Se transmite desde un individuo infectado a otro susceptible por contacto directo a través de gotitas de secreciones respiratorias. Se trasmite de individuo infectado a otro susceptible.

TIPO DE VIGILANCIA

Universal de notificación dentro de las 24 horas desde su diagnóstico.

NOTIFICACIÓN

El médico notifica a través de Epivigila.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso sospechoso: Menor de 6 meses que presenta tos y coriza, afebril o febrículas acompañado de no o mas de los siguientes síntomas: estridor inspiratorio, vómitos post tusivo, apnea, cianosis o paroxismos de tos. Lactante de 6 a 9 meses que presenta paroxismos de tos de al menos 7 días de duración, afebril o con febrículas y uno o mas de los síntomas: estridor inspiratorio, vómitos post tusivo, apnea; en ausencia de otra causa aparente. Mayor de 9 años que presenta tos paroxística no productiva, de al menos 14 días de duración y uno o mas de los siguientes síntomas: estridor inspiratorio, vómitos post tusivo, apnea, sudor entre accesos de tos, empeoramiento de tos nocturna.

Caso confirmado: caso sospechoso con resultado positivo de PCR o cultivo, o según nexa epidemiológico; es decir un caso sospechoso que es contacto de un caso confirmado por laboratorio.

Caso descartado: Caso sospechoso con resultado de laboratorio negativo, sin nexa epidemiológico.

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

<https://epi.minsal.cl/coqueluche-materiales-relacionados/>

ANÁLISIS DEL EVENTO

Caracterizar los casos por tiempo (SE, fecha), lugar (región de residencia y notificación) y persona (edad, sexo, confirmación de laboratorio, vacunas, diagnóstico clínico). Contactos del caso.

- Casos estacionales.
- Conglomerados.
- Brotes.

FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL

COMUNICACIÓN

Dentro de las 24 horas, notificación en Epivigila.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

- Frente a la sospecha completar formulario de notificación.
- Iniciar búsqueda de contactos.
- Hospitalización recomendada en RN y lactantes menores de 3 meses o cualquier edad que presente coqueluche grave o personas con enfermedades pulmonares o sistémicas.

CONTROL DE CONTACTOS O EXPUESTOS

- Identificación de contactos y entrega de quimioprofilaxis oportuna a los grupos de riesgo.
- Seguimiento de contactos por 14 días, registrar si aparecen síntomas respiratorios.
- Identificar posibles brotes. Notificar.
- Analizar situación epidemiológica (coberturas de vacuna, cond. de riesgo).

PAROTIDITIS (CIE 9: 072; CIE 10: B26)

10

La Parotiditis es una enfermedad viral, inmunoprevenible, endémica en la mayor parte del mundo. Es un virus RNA del género paramyxovirus. El único reservorio conocido es el humano. En Chile ha disminuido considerablemente posterior a la introducción de la vacuna Tres vírica en 1990.

TIPO DE VIGILANCIA

Universal de notificación dentro de las 24 horas desde su diagnóstico.

NOTIFICACIÓN

Formulario de Epivigila.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso Sospechoso: Paciente que presenta un cuadro infeccioso de comienzo agudo con aumento de volumen uni o bilateral de la glándula parótida, generalmente autolimitada y que en ocasiones puede afectar a glándulas sublinguales o submaxilares, con una duración de 2 días o más y sin otra causa aparente.

Caso confirmado: Un caso confirmado por laboratorio o un caso sospechoso que cumple con la definición clínica de caso o un caso sospechoso relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado.

Brote: la ocurrencia de dos o más casos de parotiditis relacionados entre sí y ocurridos en el mismo período y lugar.

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

<https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/CircularParotiditis08.pdf>

ANÁLISIS DEL EVENTO

FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL

Caracterizar los casos según sexo, edad, antecedentes de vacunación, fecha de inicio de síntomas, ocupación.

- Casos aislados.
- Brotes estacionales en invierno o primavera.

COMUNICACIÓN

Dentro de las 24 horas. Informar a SEREMI de Salud por la vía más expedita.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

Completar el formulario de notificación de gonorreya en Epivigila consultando todos los antecedentes del caso.

CONTROL DE CONTACTOS O EXPUESTOS

- Realizar búsqueda activa a través de la identificación de nuevos casos.
- Recoger información de las personas del entorno del caso y su antecedente de vacunación y antecedente previo de haber tenido la enfermedad, con el fin de poder poner al día la vacunación de susceptibles con la vacuna Tres Vírica (contiene los virus sarampión, rubéola y parotiditis).
- Se puede recomendar a los susceptibles alejarse de la zona del brote (ej: no asistir a clases).

HEPATITIS A (CIE 10: B15.0; B15.9; B19.0 y B19.9)

11

Es una infección hepática causada por el virus de la hepatitis A. Puede producir morbilidad moderada a grave. Se encuentra ampliamente distribuida en el mundo y que puede presentarse en forma esporádica o epidémica con ciclos estacionales. Su mecanismo de transmisión es fecal – oral. En nuestro país afecta principalmente población adolescente y adultos jóvenes.

TIPO DE VIGILANCIA

Universal de notificación dentro de las 24 horas desde su diagnóstico.

NOTIFICACIÓN

Notificación en Epivigila.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso Confirmado; caso sospechoso confirmado por laboratorio con técnicas de diagnóstico virológico o caso sospechoso en que se comprueba nexo epidemiológico, durante los 15 a 50 días precedentes a la aparición de los síntomas, con un caso confirmado por laboratorio.

Brote: conjunto de casos (2 o más), donde se comprueba un nexo epidemiológico.

Criterio de laboratorio: positivo para IgM anti-VHA.

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

<https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/02/CIRCULAR-214-HEPATITIS-A-Y-E.pdf>

ANÁLISIS DEL EVENTO

FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL

Caracterizar los casos según sexo, edad, antecedentes de consumo de alimentos y agua no seguro, exposición a aguas servidas, posibles vías de contagio fecal– oral, fecha de inicio de síntomas.

- Casos aislados.
- Brotes.

COMUNICACIÓN

Dentro de las 24 horas. Informar a SEREMI de Salud por la vía más expedita.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

Tener especial énfasis en la búsqueda del modo de transmisión de la enfermedad, determinar si existen más casos, poder identificar y apoyar en la búsqueda de contactos, poder colaborar con la identificación del lugar geográfico de ocurrencia.

CONTROL DE CONTACTOS O EXPUESTOS

***Se define como contacto a toda persona menor de 40 años que duerme bajo el mismo techo (domicilio, salas cuna, internados, colonias de vacaciones) o que comparte alimentación con un caso serológicamente confirmado y que no tiene antecedentes conocidos de haber presentado hepatitis A.**

- A los contactos (< 40 años sin antecedentes de vacunación) de casos aislados se les debe aplicar gamma globulina estándar intramuscular, tan pronto como sea posible después de la exposición, pero en un plazo máximo de dos semanas desde el inicio de la exposición.
- En caso de no disponer de gamma globulina estándar intramuscular, se puede aplicar vacuna contra la hepatitis A, con una sola dosis.

INFLUENZA Y OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS VIRALES

12

Vigilancia de enfermedades respiratorias virales en casos leves y graves con una muestra de la población.

TIPO DE VIGILANCIA

Centinela. Se realiza solo en los sitios centinelas determinados.

NOTIFICACIÓN

ETI: Formulario N°1 de notificación; IRAG: Sistema PAHOflu.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

La vigilancia de influenza y otros virus respiratorios es realizada mediante centros centinelas que entregan una aproximación de lo que sucede en el territorio, considerando una muestra de la población en riesgo, la cual es extrapolable al resto de la población. Tiene dos componentes principales: la vigilancia centinela de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) que se realiza en centros de atención primaria de salud y caracterizan a los casos leves, y la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) realiza en hospitales de alta complejidad y representa a la población que debe ser hospitalizada asociado a cuadros graves.

Las definiciones de caso son:

- ETI: Fiebre \geq a 38,5°C axilar y tos, asociado a alguno de los siguientes síntomas: mialgias, odinofagia o cefalea.
- IRAG: Fiebre igual o superior a 38°C y tos, y dificultad respiratoria.

Otros componentes de la vigilancia incluyen: Monitoreo de atenciones de urgencia y defunciones asociadas a causas respiratorias, vigilancia de influenza y otros virus respiratorios en laboratorios de la red del ISP, notificación de brotes ETI en ambientes institucionales y el monitoreo del uso de antivirales.

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

<https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/CircularInfluenzaESTACIONALyPANDEMICA1.pdf>

<https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/10/Guia-Vigilancia->

ANÁLISIS DEL EVENTO

FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL

Caracterización de casos ETI o IRAG por grupo etario, virus identificado, semana epidemiológica; en el caso de IRAG, requerimiento de cama crítica y desenlace.

- Epidemia estacional en los meses de otoño-invierno.

COMUNICACIÓN

Notificación en sistema, en caso de presentar un caso atípico, inusual o inusitado, comunicarse inmediatamente con la Autoridad Sanitaria.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

- Identificar casos que cumplan con la definición de caso ETI o IRAG, asegurar la obtención de muestras respiratoria.

NOTIFICACIÓN

- Notificación del caso por formulario N°1 ETI o PAHOflu IRAG.

DIFUSION

- Preparación y difusión de informes epidemiológicos semanales locales.

CONTROL DE CONTACTOS O EXPUESTOS

- Según Guía para el Diagnóstico y Manejo Clínico de Casos de influenza. Minsal, 2014 https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-CLINICA-INFLUENZA-2014.pdf y https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/GUIA-DE-PRACTICA-CLINICA-INFLUENZA_2015_07_21.pdf

VARICELA (CIE 10: B01, B01.8, B01.9)

13

La varicela es una enfermedad infecciosa aguda, causada por el virus varicela-zóster (VVZ).. Su importancia en salud pública radica en que es una enfermedad inmunoprevenible, altamente contagiosa y especialmente grave en el recién nacido. El hombre el único reservorio y fuente de infección.

TIPO DE VIGILANCIA NOTIFICACIÓN

Centinela de notificación semanal. El médico registra caso en hoja de atención. Delegado de epidemiología lo ingresa al formulario en línea del MINSAL. Además, todos los brotes de Varicela se deben notificar a la SEREMI, independiente del lugar de ocurrencia.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Caso clínico de Varicela:

Comienzo repentino con o sin fiebre, síntomas generales mínimos y erupción generalizada pruriginosa, inicialmente de tipo máculo-papular que evolucionan a vesículas durante 3 o 4 días y posteriormente a costras granulares. Las diversas etapas de las lesiones coexisten y son superficiales, afectando piel y mucosas.

Dado que es una enfermedad bien característica, si se cumple con la definición clínica de caso, ésta se considera "caso confirmado". En general, no se efectúan pruebas de laboratorio para su confirmación.

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/08/CIRCULAR_VIGILANCIA_CENTINELA_DE_VARICELA.pdf

ANÁLISIS DEL EVENTO

FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL

Su nivel de análisis es dato agrupado.

Se caracterizan los casos según persona (sexo y edad), tiempo (fecha de consulta y año de consulta) y lugar (región de ocurrencia y notificación).

- Niños pequeños con máxima incidencia entre los 2 a 8 años de edad.
- Brotes en establecimientos educacionales.

COMUNICACIÓN

Ante la confirmación de un caso, se debe ingresar al formulario de notificación en línea del MINSAL, con plazo máximo de ingreso los días lunes de cada semana.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

Tener especial cuidado en el adulto y en el menor de 2 años, ya que suele ser más grave y especialmente, en personas de alto riesgo y también puede serlo en la embarazada. Se debe realizar la identificación de **contactos de mayor riesgo**.

CONTROL DE CONTACTOS O EXPUESTOS

- Solo en los **contactos de mayor riesgo** se considerará la aplicación de Inmunoglobulina hiperinmune anti-varicela zoster:
- Inmunocomprometidos susceptibles/ Embarazadas susceptibles especialmente en las primeras 20 semanas y en el último mes de embarazo, que no haya tenido nunca varicela/ Todo recién nacido cuya madre presenta varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto/ Todo prematuro hospitalizado: Mayor a 28 semanas hijos de madre sin historia de varicela y Menores a 28 semanas o 1 Kg de peso, independiente de la historia materna.

ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS

14

Vigilancia de enfermedades diarreicas en menores de 5 años en casos leves y graves con una muestra de la población.

TIPO DE VIGILANCIA

Centinela. Se realiza solo en los sitios centinelas determinados.
Plataforma cuestionarios en línea <http://notificaciones.minsal.cl/vigilancia-epidemiologica/enfermedades-de-notificacion-obligatoria/sistemas-de-notificacion-en-linea>

NOTIFICACIÓN

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

La vigilancia de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años se realiza en centros centinelas que permiten la extrapolación al resto de la población en riesgo. Se realiza en centros de Atención Primaria de Salud (APS) para caracterizar casos leves y en hospitales para conocer la gravedad asociada a Rotavirus específicamente. Tiene dos componentes: la vigilancia de morbilidad para evaluar la magnitud del problema y la etiológica, para conocer los agentes circulantes.

La definición de caso para la vigilancia de diarrea realizada en centros de atención primaria de salud es: menor de 5 años con 3 o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, hasta 14 días de duración.

En los centinelas que tengan el componente de laboratorio seleccionan para la toma de muestra a los niños que cumplan con la definición de caso y tengan hasta 3 días de evolución del cuadro.

En los hospitales centinelas la definición de caso es: todo menor de 5 años hospitalizado (ingresado a sala de rehidratación u hospitalización, o que reciba rehidratación oral o parenteral en el hospital) por diarrea aguda (tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, de hasta 14 días de evolución).

CIRCULAR/NORMA TÉCNICA

<https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/11/Circular-Diarrea.pdf>

ANÁLISIS DEL EVENTO

conocer la situación epidemiológica de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años mediante centros centinela que permitan su clasificación a través de criterios clínicos y/o de laboratorio.

La vigilancia de la diarrea aguda se justifica porque:

- Es una enfermedad que en ausencia de intervención puede ocasionar alta morbilidad y mortalidad.
- Existen medidas de prevención y control factibles de ejecutar.
- Es una enfermedad con potencial epidémico.

COMUNICACIÓN

Notificación en sistema, en caso de presentar un caso atípico, inusual o inusitado, comunicarse inmediatamente con la Autoridad Sanitaria.

ACCIONES INICIALES DE SALUD PÚBLICA LOCAL:

INVESTIGACIÓN DEL CASO

- Identificar casos que cumplan con la definición de caso de diarrea en menores de 5 años y asegurar la obtención de muestras.

NOTIFICACIÓN

- Notificación del caso en cuestionario online.

CAPACITACIÓN

- Sobre adecuada captación de caso e importancia de toma de muestra.

CONTROL DE CONTACTOS O EXPUESTOS

- Se considera brote dos o más casos relacionados entre sí.
- Ante la presencia de un brote, realizar la investigación inicial identificando a las personas sintomáticas y en riesgo y entregar recomendaciones iniciales de prevención y control de la enfermedad. Y comunicar inmediatamente a la Autoridad Sanitaria.