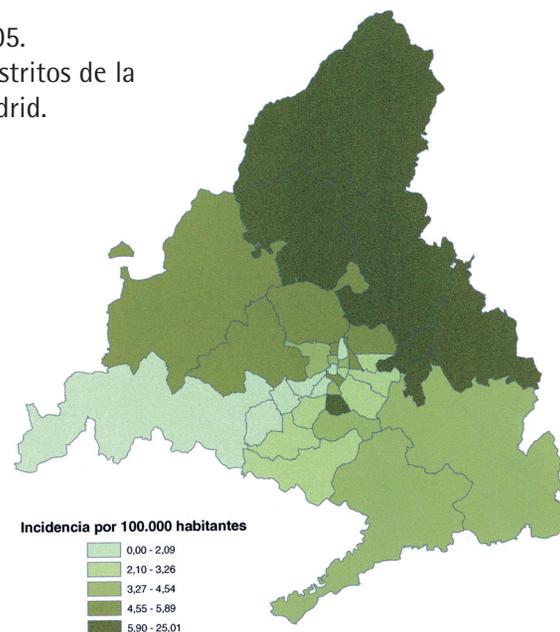


Manual de Notificación Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria

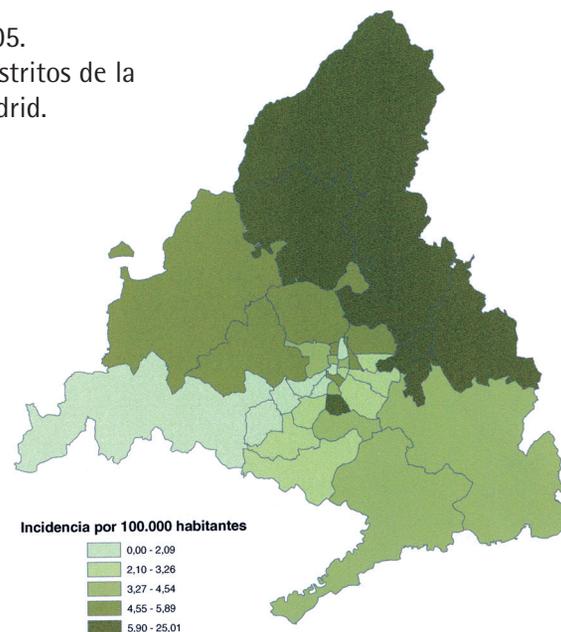
Parotiditis Año 2005.
Distribución por distritos de la
Comunidad de Madrid.



Red de Vigilancia Epidemiológica.
Comunidad de Madrid

Manual de Notificación Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Parotiditis Año 2005.
Distribución por distritos de la
Comunidad de Madrid.



Red de Vigilancia Epidemiológica.
Comunidad de Madrid

Manual de Notificación Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

Edita

Instituto de Salud Pública
Consejería de Sanidad y Consumo.
Comunidad de Madrid

www.madrid.org/sanidad

Depósito Legal: M-43551-2006

I.S.B.N.: 84-451-2093-X

Imprime: **Industria Gráfica MAE, S.L.**

ÍNDICE	3
PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	9
1 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN	11
1.1. Enfermedades de Declaración Obligatoria	11
1.2. Situaciones Epidémicas o Brotes	12
1.3. Formularios de notificación	12
1.4. Modalidades de declaración	13
2 DEFINICIONES DE CASO	15
Botulismo	15
Brucelosis	16
Cólera	16
Difteria	17
Disentería	18
Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas	18
Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	20
Enfermedad meningocócica	20
Fiebre amarilla	21
Fiebres tifoidea y paratifoidea	21
Gripe	21
Hepatitis A	22
Hepatitis B	22
Hepatitis víricas, otras	22
Infección gonocócica	23
Legionelosis	24
Leishmaniasis	25

Lepra	25
Meningitis bacterianas, otras	26
Meningitis víricas	26
Paludismo	26
Parotiditis	27
Peste	27
Poliomielitis y Parálisis fláccida aguda	28
Rabia	29
Rubéola	29
Rubéola congénita	30
Sarampión	30
Sífilis	31
Sífilis congénita	32
Tétanos y tétanos neonatal	33
Tifus exantemático	33
Tos ferina	34
Triquinosis	34
Tuberculosis respiratoria y otras tuberculosis	35
Varicela	36

3 ANEXO I: FORMULARIOS DE NOTIFICACIÓN	37
Formulario de notificación general	38
Impreso de notificación de Alertas	39
Botulismo	40
Brucelosis	42
Cólera	44
Difteria	45
Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas	46
Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus Influenzae</i> grupo b	52

Enfermedad meningocócica	53
Fiebre amarilla	54
Legionelosis	55
Leishmaniasis	57
Lepa	58
Otras meningitis bacterianas	59
Meningitis víricas	60
Paludismo	61
Peste	62
Poliomelitis	63
Rabia	65
Rubéola Congénita	66
Sarampión	67
Sífilis Congénita	70
Tétanos Neonatal	71
Tifus exantemático	72
Triquinosis	73
Tuberculosis	74
Tuberculosis: estudios de contactos	75

4

ANEXO II: NORMATIVA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	77
– Decreto 184/1996, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid	79
– Orden 9/1997, para desarrollo del Decreto 184/1996 en lo que se refiere a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, a las Situaciones Epidémicas y Brotes y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	

(SIDA) e Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	81
– Orden 186/2001, por la que se modifica la notificación del sarampión en la Comunidad de Madrid	84
– Orden 150/2001, por la que se regula la vigilancia epidemiológica de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid	85
– Orden 130/2001, por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis como sistema específico de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid	87
<hr/>	
5 ANEXO III: TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS	89
<hr/>	
RELACIÓN DE DOCUMENTOS DE SALUD PÚBLICA PUBLICADOS	91

PRESENTACIÓN

El Sistema de Vigilancia de ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA representa uno de los paradigmas del abordaje cooperativo e integrador entre la Medicina Asistencial y la Salud Pública, por ello constituye para nosotros una satisfacción presentar esta nueva edición del “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 tienen carácter básico en el contexto de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Esta versión del Manual de Notificación contiene ligeras modificaciones con respecto a la 5ª Edición y se va a distribuir además de en soporte papel, mediante CD ROM. El Manual incluye por separado el manual completo y los formularios y protocolos de notificación.

Confiamos en que este documento, sea de utilidad a nuestros profesionales sanitarios, que constituyen la base de este sistema de información, y continúe contribuyendo a potenciar y modernizar nuestra Red de Vigilancia Epidemiológica.

Agustín Rivero Cuadrado
Director General de Salud Pública y Alimentación

INTRODUCCIÓN

En 1996 se publicó el Real Decreto 2210/1995, de 28 de Diciembre por el que se creó la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Este Real Decreto modernizó las estructuras de Vigilancia Epidemiológica a nivel nacional después de un proceso de reflexión y consenso por parte de las CCAA, liderado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Comunidad de Madrid, publicó en Enero de 1997 un Decreto (Decreto 184/1996 de 19 de Diciembre), por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid y una Orden (Orden 9/1997 de 15 de Enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales) que adapta los fundamentos de la moderna vigilancia epidemiológica a las características especiales de este territorio.

El objetivo final es la actualización de los sistemas de vigilancia y crear las condiciones para mejorar la calidad de la información, estableciendo criterios de caso de enfermedad comunes a todo el territorio nacional con objeto de hacer homogénea y comparable la información epidemiológica.

Dicha información, que tiene su origen fundamental en la labor asistencial, permite la toma de medidas adecuadas para proteger la salud de la población y minimizar los riesgos que supone la aparición de determinadas enfermedades en colectivos. En todo este proceso de información-acción los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental y sin su colaboración constante y responsable no serían posibles las intervenciones correctas desde el ámbito de la Salud Pública.

El presente manual, del que ya se han publicado varias ediciones anteriores y que está sometido a revisión y mejora continua, incluye la lista de enfermedades de declaración obligatoria en la Comunidad de Madrid, la definición de brote epidémico, los diferentes impresos de notificación, las definiciones de caso a efectos de vigilancia y la normativa actual.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

1.1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La tabla nº1 incluye todas las enfermedades que son de notificación obligatoria en la Comunidad de Madrid.

La infección por VIH/SIDA dispone de un sistema especial de vigilancia por lo que el SIDA no es objeto de este manual.

Tabla 1. Enfermedades de declaración obligatoria en la Comunidad de Madrid

Botulismo	Paludismo
Brucelosis	Parálisis flácida aguda (<15 años)
Cólera	Parotiditis
Difteria	Peste
Disentería	Poliomielitis
Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	Rabia
Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas*	Rubéola
Enfermedad meningocócica	Rubéola congénita*
Fiebre amarilla	Sarampión
Fiebre tifoidea y paratifoidea	Sífilis
Gripe	Sífilis congénita*
Hepatitis A	Tétanos
Hepatitis B	Tétanos neonatal*
Hepatitis víricas, otras	Tifus exantemático
Infección gonocócica	Tos Ferina
Legionelosis	Triquinosis
Leishmaniasis	Tuberculosis respiratoria*
Lepra*	Tuberculosis, otras*
Meningitis bacterianas, otras	Varicela
Meningitis víricas	SIDA*

(*) Enfermedades incluidas en sistemas especiales de registros de casos.

1.2. SITUACIONES EPIDÉMICAS O BROTES

Los brotes o las situaciones epidémicas son de notificación obligatoria y urgente en la Comunidad de Madrid independientemente de su etiología. La tabla nº 2 incluye la definición de brote epidémico a efectos de vigilancia.

Tabla 2. Definición de Situación Epidémica o brote

1. La aparición de dos o más casos de la misma enfermedad asociados en tiempo, lugar y persona.
2. El incremento significativo de casos en relación a los valores habitualmente observados.
3. La agregación de casos de una enfermedad en un territorio y en un tiempo comprendido entre el mínimo y el máximo período de incubación o de latencia podrá ser considerado, también, indicativo de brote.
4. La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella.
5. La presencia de cualquier proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, imputable a causa accidental, manipulación o consumo.
6. La aparición de cualquier incidencia de tipo catastrófico que afecte, o pueda afectar, a la salud de la Comunidad.

1.3. FORMULARIOS DE NOTIFICACIÓN

Existen diversos modelos de formularios de notificación de casos de enfermedades de declaración obligatoria:

1) Formularios que deberá cumplimentar el médico notificador:

Son formularios que permiten recoger información epidemiológica relacionada con la enfermedad, así como los datos de identificación del enfermo, del centro notificador y del médico notificador. Son los siguientes (ver anexo I):

- Formulario de notificación general de enfermedades de declaración obligatoria no incluidas en sistema de registro.
- Formulario de notificación específicos de enfermedades de declaración obligatoria incluidas en sistema de registro (encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas, lepra, rubéola congénita, sífilis congénita, tétanos neonatal, tuberculosis respiratoria y otras tuberculosis).

2) Otros formularios de notificación:

Son formularios que no tienen que ser cumplimentados por el médico notificador, pero parte de la información que contienen le será solicitada en algún momento del proceso de investigación epidemiológica. Son los siguientes (ver anexo I):

- Formularios de notificación de enfermedades de declaración obligatoria que requieren una recogida de información epidemiológica más exhaustiva.
- Formularios de notificación de alerta.

Los datos recogidos en los formularios de notificación están protegidos por ley: Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Ley 13/1995, de 21 de abril, de Regulación del uso de la Información en el Tratamiento de Datos Personales por la Comunidad de Madrid y Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros autorizados que contengan datos de Carácter Personal.

3) Declaración a través de OMI:

El sistema informático utilizado en Atención Primaria (OMI-AP) cuenta con un apartado relacionado con las Enfermedades de Declaración Obligatoria que permite la notificación, y en cuya mejora y actualización se está trabajando en la actualidad.

Tabla 3. Enfermedades de declaración urgente

Botulismo	Parálisis flácida aguda (<15años)
Cólera	Peste
Difteria	Poliomielitis
Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas* ¹	Rabia
Enfermedad Invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	Sarampión
Enfermedad Meningocócica	Tifus exantemático
Fiebre Amarilla	Triquinosis
Meningitis bacteriana, otras	Tuberculosis ²

* Enfermedades incluidas en sistemas especiales de registro

¹ Notificar en un plazo de 48 horas desde su diagnóstico

² Solo son urgentes los casos de enfermedad tuberculosa con baciloscopia positiva de esputo.

1.4. MODALIDADES DE DECLARACIÓN

A. Declaración urgente con datos epidemiológicos básicos

La tabla 3 incluye la lista de enfermedades que son objeto de declaración urgente ante la sospecha de aparición de un sólo caso.

Además de las enfermedades incluidas en esta tabla, son de declaración urgente los brotes o situaciones epidémicas independientemente de su etiología.

La notificación de cualquier enfermedad de declaración urgente da lugar a una investigación epidemiológica y a la toma de medidas de control si procede. La investigación epidemiológica se realiza por los Servicios de Salud Pública, que solicitarán información complementaria.

Cómo se realiza la notificación: Estas enfermedades deben notificarse el mismo día en que se sospecha el caso por el medio más rápido posible (FAX o teléfono preferentemente). La notificación se realizará a los Servicios de Salud Pública de Área o, en su defecto, al Servicio de Epidemiología del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, con los datos de identificación del enfermo y del médico notificador. En los casos de brote, se deberá recoger la fecha de aparición, colectivo y número de afectados, así como los datos personales (incluyendo teléfono) de alguno de los casos.

Formularios de notificación: Para la notifica-

ción de enfermedades urgentes no es necesario cumplimentar ningún formulario de notificación, ya que la notificación del caso por vía telefónica es suficiente. En cualquier caso, la información necesaria se podrá recoger en el formulario de notificación de enfermedades de declaración obligatoria general, siempre que se use un medio de envío rápido (fax).

Para realizar la investigación epidemiológica de las enfermedades urgentes los Servicios de Salud Pública de Área podrán solicitar al médico notificador información relativa al proceso notificado. Existen formularios de notificación específicos para cada enfermedad, similares a los utilizados por otras Comunidades Autónomas. Dichos formularios han sido consensuados con el nivel nacional, excepto los correspondientes a Enfermedad Invasiva por *Haemophilus influenzae* y Meningitis Bacteriana, que son procesos vigilados de forma específica en la Comunidad de Madrid. Los formularios de notificación no tienen que ser cumplimentados por el médico notificador, aunque parte de la información que contienen le será solicitada en algún momento del proceso de investigación epidemiológica.

B. Declaración semanal con datos epidemiológicos básicos

Cómo se realiza la notificación: Estas enfermedades deben notificarse semanalmente al Servicio de Salud Pública de Área correspondiente (a efectos de notificación la semana ter-

Tabla 4. Enfermedades de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos

Brucelosis*	Paludismo*
Disentería	Parotiditis
Fiebre tifoidea y paratifoidea	Rubéola
Hepatitis A	Rubéola congénita**
Hepatitis B	Sífilis
Hepatitis víricas, otras	Sífilis congénita**
Infección gonocócica	Tétanos
Legionelosis*	Tétanos neonatal**
Leishmaniasis*	Tos ferina
Lepra**	Tuberculosis respiratoria**
Meningitis vírica*	Tuberculosis, otras**

+ Enfermedades con formulario de notificación específico

* Enfermedades incluidas en sistemas especiales de registro

mina el sábado a las 24 horas) o, en su defecto, al Servicio de Epidemiología del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Se recogerá el conjunto básico de datos que aparece en los formularios de notificación oficiales.

Formularios de notificación: Las enfermedades que aparecen en la tabla sin asterisco deben ser notificadas utilizando el formulario de notificación general. El médico notificador podrá utilizar tantos impresos como necesite, numerando las sucesivas hojas. Las enfermedades que aparecen con asterisco, al estar incluidas en sistemas especiales de registro deberán ser notificadas utilizando los formularios de notificación específicos. (Anexo I).

La cumplimentación se realizará con letra clara. En relación al centro y médico notificadores se podrá utilizar el sello o etiquetas si se dispone de ellas. Los formularios serán suministrados desde los Servicios de Salud Pública de Área.

Para realizar la investigación epidemiológica de determinadas enfermedades de declaración obligatoria semanal los Servicios de Salud Pública de Área podrán solicitar al mé-

dico notificador información relativa al proceso notificado. Existen formularios de notificación de enfermedades de declaración obligatoria no urgente para las que se requiere una recogida de información epidemiológica más exhaustiva; son las enfermedades que aparecen en la tabla con un signo+. Estos formularios de notificación no tienen que ser cumplimentados por el médico notificador, aunque parte de la información que contienen le será solicitada en algún momento del proceso de investigación epidemiológica.

C. Declaración semanal sólo numérica

Tabla 5. Enfermedades de declaración exclusivamente numérica semanal

Gripe	Varicela
-------	----------

Cómo se realiza la notificación: Estas enfermedades deben notificarse semanalmente al Servicio de Salud Pública de Área correspondiente (a efectos de notificación la semana termina el sábado a las 24 horas) o, en su defecto, al Servicio de Epidemiología del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Se indicará el número de casos observados en la semana en curso.

Formulario de notificación: se cumplimentará el apartado correspondiente del formulario de notificación general. En el caso de que durante la semana no se vieran enfermedades sujetas a declaración, se cumplimentará con una X el apartado “en esta semana no se han atendido casos de enfermedades sujetas a declaración obligatoria”. (Anexo I).

La cumplimentación se realizará con letra clara. En relación al centro y médico notificadores se podrá utilizar el sello o etiquetas si se dispone de ellas. Los formularios serán suministrados desde los Servicios de Salud Pública de Área.

DEFINICIONES DE CASO

Las definiciones de caso que aquí se presentan se han establecido desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica. No significa que éstas sean las que el médico debe utilizar para realizar sus diagnósticos en su práctica clínica habitual. Los síntomas clínicos recogidos sólo se dan como ejemplos indicativos, pero no son exhaustivos.

BOTULISMO

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, producida como consecuencia de la ingestión de toxina preformada presente en alimentos contaminados.

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. Es el resultado de la ingestión de esporas y su proliferación y de la producción *in vivo* de toxina en el intestino.

c) Botulismo por heridas: Enfermedad con manifestaciones clínicas idénticas al botulismo alimentario, resultante de toxina producida por *C. botulinum* que ha infectado una herida.

CRITERIO DIAGNÓSTICO 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 epidemiológica-

mente relacionado con ingesta de alimento sospechoso (por ejemplo, ingestión de conservas caseras en las 48 horas previas).

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 por laboratorio en paciente sin antecedente de ingesta de alimento sospechoso y con una historia de herida contaminada 2 semanas antes del inicio de síntomas.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Notificación URGENTE

BRUCELOSIS

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.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

Diagnóstico de presunción:

- Título único de aglutinación ≥ 160 en una o más muestras de suero.

Diagnóstico de confirmación:

- Aislamiento del agente causal de una muestra clínica.
- Seroconversión (incremento cuádruple o mayor en el 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.
- Demostración de Ac Ig M frente a *Brucella sp.* en una muestra clínica.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

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 cumple el criterio de laboratorio de diagnóstico de presunción.

Confirmado: Caso compatible con la definición clínica y que cumple alguno de los criterios de laboratorio de diagnóstico de confirmación.

A efectos de vigilancia hemos de tener en cuenta las reinfecciones y las recaídas muy frecuentes en esta enfermedad. Las reinfecciones y recaídas pueden ser muy difíciles de diferenciar, apareciendo en enfermos con enfermedad pasada y tras ser tratados con éxito.

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

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Notificación semanal con datos epidemiológicos básicos.

CÓLERA

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.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento de *Vibrio cholerae* perteneciente a los serogrupos O1 u O139 toxigénico (productor de toxina) en heces o vómitos.
- Los nuevos criterios microbiológicos acerca de los vibriones valoran no sólo la presencia de aglutinaciones en las cepas aisladas, sino su capacidad toxigénica como características potenciales para producir epidemias. En los aislamientos de *Vibrio cholerae* serogrupos O1 u O139, es imprescindible la detección de producción de toxina; en caso afirmativo se trata de casos de cólera con capacidad epidémica.

En aislamientos de *Vibrio cholerae* serogrupo diferente de O1 y O139, aunque no es de declaración obligatoria, es importante determinar la capacidad de producir toxina y en caso afirmativo nos encontraríamos frente a un caso de cólera con capacidad epidémica desconocida.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso: Compatible con la definición clínica de caso.

Probable: Compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado o que procede de un área endémica.

Confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

Se considerará **caso importado** cuando se ha identificado en la encuesta del caso un antecedente de viaje a un país epidémico o endémico, en los cinco días anteriores a la fecha de comienzo de síntomas. **Caso autóctono** será aquel en que no se ha podido determinar circunstancias de viaje o exposición conocida, siempre en el margen del período de incubación.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Notificación URGENTE

Enfermedad incluida en el Reglamento Sanitario Internacional.

DIFTERIA

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.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento de cepa toxigénica de *Corynebacterium diphtheriae* o *Corynebacterium ulcerans* de una muestra clínica.
- Si el cultivo es negativo puede ser criterio diagnóstico el aumento de cuatro veces o más de antitoxina en suero en dos muestras, pero sólo si ambas muestras de suero han sido obtenidas antes de la administración de toxoide diftérico o antitoxina.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Todos los casos deberán ser clasificados en sospechosos, probables o confirmados. Los casos confirmados, a su vez, deberán ser clasificados en autóctonos e importados.

Sospechoso: Presencia de laringitis o nasofaringitis o tonsilitis más pseudomembrana.

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

Confirmado: Caso probable más aislamiento de cepa toxigénica de *C. 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* no-toxigénico y *C. diphtheriae* no-toxigénico es excluida de esta definición de caso.

Como en todas las enfermedades susceptibles de vacunación, se considerará caso evitable al observado en un residente en España, no vacunado o deficientemente vacunado sin ninguna causa que lo justifique.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Notificación URGENTE.

DISENTERÍA

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

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

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento de *Shigella* de una muestra clínica (heces).

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso: Clínicamente compatible, sobre todo si está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado.

Confirmado: Enfermedad clínicamente compatible y confirmada por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

En la Comunidad de Madrid, la disentería es una enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO DE ECJ

según la OMS: El cuadro clínico de la ECJ se basa habitualmente en la combinación de demencia progresiva, mioclonías y disfunción neurológica multifocal, asociada a una actividad periódica del EEG típica. Sin embargo, la vECJ, la mayoría de los casos yatrogénicos relacionados con la hormona del crecimiento, y hasta un 40% de los casos esporádicos no presentan el EEG característico. Esto dificulta el diagnóstico clínico, y por tanto la vigilancia, justificando la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales. En los últimos años se han producido avances en el diagnóstico de la ECJ, como son la realización de la prueba de la proteína 14-3-3 en LCR, que tiene una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de la ECJ esporádica, o la realización de estudios moleculares, mediante técnicas de inmunoensayo, que permiten detectar la presencia de PrPsc y su patrón de glicosilación, en biopsias de amígdala y/o cerebro y que se utilizan como herramienta para el diagnóstico diferencial de posibles casos de la vECJ.

Existen diferentes subtipos de ECJ que se detallan a continuación:

1. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica

Clasificación de caso:

Posible

- Demencia progresiva **Y**, al menos, dos de las cuatro características siguientes:
 - Mioclonías
 - Signos de afectación visual o cerebelosos
 - Signos piramidales o extrapiramidales
 - Mutismo acinético **Y**
- No aparecen complejos periódicos de onda aguda y lenta (CCPP) en EEG (o no se ha realizado la prueba) **Y**
- No se ha detectado Proteína 14-3-3 en LCR (o no se ha realizado la prueba)

Probable

- Cuadro clínico como el mencionado previamente **Y**
- Presencia de complejos periódicos de onda aguda y lenta (CCPP) en EEG (cualquier duración) **Ó**
- Proteína 14-3-3 en LCR y duración menor de 2 años

Confirmado

- Confirmación neuropatológica **Y/O**
- Detección de isomorfos anormales de la PrP confirmada por inmunohistoquímica o *western blot*
- Degeneración fibrilar de tipo scrapie.

2. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob iatrogénica**Probable**

- Síndrome cerebeloso progresivo en un receptor de hormona hipofisaria humana **O**
- ECJ probable con un factor de riesgo reconocido

Confirmado

- ECJ confirmada con factor de riesgo reconocido

3. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob familiar**Probable**

- Trastorno neuropsiquiátrico progresivo y mutación específica de la enfermedad en el gen PRNP **Ó**
- ECJ probable y ECJ confirmado o probable en un familiar de 1er grado **Y/O** mutación específica de la enfermedad en el gen PRNP

Confirmado

- ECJ confirmada con factor de riesgo reconocido

4. Variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ)

(Modificación de Edimburgo, Mayo 2001)

- 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 espongi-forme transmisible humana familiar

- II A Síntomas psiquiátricos precoces^a
- B Síntomas sensitivos dolorosos persistentes^b
- D Mioclonías 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 RM

- IV A Biopsia de amígdala positiva^d

Clasificación de caso:**Posible**

I y 4/5 de II y IIIA

Probable

I y 4/5 de II y IIIA y IIIB

O I y IVA^d**Confirmado**IA y confirmación neuropatológica de vECJ^e^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

5. Definición clínica de otras encefalopatías espongiiformes transmisibles

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.

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).

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Notificación EN UN PLAZO DE 48 HORAS desde que se efectúa el diagnóstico de sospecha

ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE GRUPO b

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Esta enfermedad puede producir diferentes síndromes clínicos, incluyendo meningitis, epiglotitis, neumonía, empiema, celulitis, artritis y osteomielitis.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

De presunción:

- Detección de antígeno capsular de *Haemophilus influenzae* tipo b en LCR, suero, líquido pleural y articular. Los resultados del test de antígeno en orina no son fiables dada su baja especificidad.

De confirmación:

- Aislamiento de *Haemophilus influenzae* en

muestras biológicas de lugares normalmente estériles, o

- Determinación de material genómico de *Haemophilus influenzae* tipo b en muestras biológicas de lugares normalmente estériles.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso: Caso compatible con la definición clínica y en el que la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, es el diagnóstico más probable.

Probable: Caso clínicamente compatible con detección de Ag de *Haemophilus influenzae*, en LCR u otro fluido normalmente estéril.

Confirmado: Caso clínicamente compatible y que cumple alguno de los criterios diagnósticos de laboratorio de confirmación.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Notificación URGENTE

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad que se puede presentar como meningitis y/o meningococemia que 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. También son posibles otras manifestaciones clínicas de enfermedad meningocócica invasora menos frecuentes (artritis séptica, neumonía, pericarditis,...)

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

De presunción:

- Hallazgo de diplococos Gram negativos en sitios normalmente estériles o aspirado de petequias.

De confirmación:

- Aislamiento de *Neisseria meningitidis* en si-

tios normalmente estériles (sangre, LCR,...) o aspirado de Petequias.

- Presencia de ADN de meningococo en sitios normalmente estériles o aspirado de Petequias.
- Presencia de antígeno de meningococo en sangre, LCR u orina.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso: Caso compatible con la definición clínica y que cumple las siguientes condiciones:

- No cumple ningún criterio de diagnóstico de laboratorio.
- La enfermedad meningocócica es el diagnóstico más probable.

Probable: Caso compatible con la definición clínica y que cumple el criterio diagnóstico de laboratorio de presunción.

Confirmado: Caso compatible con la definición clínica y que cumple alguno de los criterios diagnósticos de laboratorio de confirmación.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Notificación URGENTE

FIEBRE AMARILLA

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad de comienzo brusco con fiebre, seguida de una breve remisión de los síntomas y posteriormente una recurrencia acompañada de fiebre, hepatitis y albuminuria. En algunos casos se presenta fallo renal, shock y hemorragias generalizadas.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Seroconversión en muestras recogidas en fase aguda y convaleciente, descartando antecedentes recientes de vacunación y reacciones cruzadas con otros flavivirus.
- Demostración del virus de la fiebre amarilla, antígeno o genoma en tejidos, sangre o cualquier fluido corporal.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable: Enfermedad clínicamente compatible en paciente que provenga de una zona endémica.

Confirmado: Caso que reúne criterios clínicos de definición de caso y está confirmado por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración universal por estar sujeta al Reglamento Sanitario Internacional. En nuestro medio, toda sospecha de caso deberá ser confirmada por laboratorio. En la Comunidad de Madrid, la fiebre amarilla es una enfermedad de declaración URGENTE.

FIEBRES TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

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

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

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

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable: Clínicamente compatible, sobre todo si está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado.

Confirmado: Enfermedad clínicamente compatible y confirmada por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

En la Comunidad de Madrid, la fiebre tifoidea y paratifoidea es una enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

GRIPE

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad caracterizada por comienzo

brusco con fiebre elevada ($\geq 38^\circ$), cefalea, malestar general, artromialgias, odinofagia, coriza y tos.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento de virus de influenza de secreciones nasofaríngeas.
- Detección de ácido nucleico viral.
- Detección de antígeno.
- Seroconversión en muestras recogidas en fase aguda y convaleciente.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable: Enfermedad clínicamente compatible, sobre todo en situación epidémica.

Confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración numérica semanal.

HEPATITIS A

DEFINICION CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad que comienza con fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, coluria e ictericia, y elevación en el suero de las aminotransferasas (AST, ALT).

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Detección de IgM frente al virus de la hepatitis A en suero o heces, o
- Demostración de ARN viral mediante RT-PCR, o.
- Determinación de antígeno en heces.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

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, y sin antecedentes de

factores de riesgo para otras hepatitis, o caso que encaja en la descripción clínica y es un contacto de un caso confirmado por laboratorio.

Confirmado: Cumple la descripción clínica de caso y está confirmado por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

En la Comunidad de Madrid, la hepatitis A es una enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

HEPATITIS B

DEFINICION 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 aminotransferasas (ALT, AST).

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

Diagnóstico de confirmación:

- Ig M antiHBc positivo, o
- Demostración de ADN viral mediante PCR.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable: Cumple los criterios expuestos en la descripción clínica de la enfermedad y tiene pruebas serológicas negativas frente a Hepatitis A y otras Hepatitis.

Confirmado: Concuera con la descripción clínica de caso y cumple alguno de los criterios de confirmación de laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

OTRAS HEPATITIS VÍRICAS

A efectos de notificación, en la rúbrica otras hepatitis víricas se deben incluir Hepatitis C, Delta y E.

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 aminotransferasas (ALT, AST).

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

Hepatitis C: Seroconversión documentada. La presencia en suero de Anti VHC y/o VHC RNA mediante técnica de RT-PCR y/o IgM anti-C22 y/o HCAg (sólo detectable en hígado) se considerará cuando las circunstancias clínicas o epidemiológicas lo aconsejen.

Hepatitis delta: Presencia en suero de HD Ag y/o VHD RNA mediante técnica de RT-PCR y/o títulos elevados de anti-VHD IgM o seroconversión Ig G en pacientes con HBsAg positivo.

Hepatitis E: Presencia de VHE RNA mediante técnica de RT-PCR y/o Ac anti-VHE positivo (Ig M o seroconversión Ig G).

CLASIFICACIÓN DE CASOS:**Sospechoso/Probable:**

Hepatitis C: Caso clínicamente compatible en una persona con antecedentes epidemiológicos relacionados con esta enfermedad, que presenta IgM Anti VHA negativa y serologías para otras hepatitis víricas negativas.

Hepatitis Delta: Caso clínicamente compatible en una persona con antecedentes de drogadicción, hemofilia o transfusiones, y Hbs Ag positivo.

Hepatitis E: caso clínicamente compatible en una persona con serología negativa para otras hepatitis víricas.

Hepatitis sin especificar: caso clínicamente compatible en una persona con serología negativa para las hepatitis víricas que son consideradas EDO, y sin antecedentes de factores de riesgo para las mismas, o con antecedentes que no nos permiten sospechar un tipo concreto de hepatitis.

Confirmado: Cumple la definición clínica de caso y está confirmado por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

En la Comunidad de Madrid, las hepatitis víricas son de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos. Se excluyen de la notificación las hepatitis agudas por otros virus distintos (Epstein-Barr, Citomegalovirus, etc.). También están excluidas de esta definición los portadores crónicos de Ag HBs (excepto cuando padezcan una infección nueva por otro virus).

INFECCIÓN GONOCÓCICA**DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:**

Las diversas formas clínicas de los trastornos inflamatorios localizados causados por *N. gonorrhoeae* obligan a considerar:

- **Uretritis:** Después de 2 a 5 días (a veces, hasta 14 días) del contacto sexual, 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, 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 amigdalar 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.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* en una muestra clínica, o

- Detección de antígeno o de ácido nucleico de *Neisseria gonorrhoeae* en una muestra clínica, o
- Demostración de diplococos intracelulares gram-negativos en exudado uretral en el varón.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/probable: Enfermedad compatible con las definiciones clínicas de caso.

Confirmado: Enfermedad compatible clínicamente y confirmada por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

LEGIONELOSIS

DEFINICIÓN CLÍNICA:

- **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

De presunción:

- Título alto (>256) de Ac. frente a *L. pneumophila* SG1 en un suero tomado en la fase convaleciente, o
- Seroconversión: aumento del título de anticuerpos en cuatro veces o más, frente a cualquier especie o serogrupo de *Legionella* distinto de *L. pneumophila* SG1, por inmunofluorescencia indirecta, en sueros tomados en la fase aguda y convaleciente de la enfermedad, siempre que el valor final alcanzado sea ≥ 128 , o

- Tinción directa de la bacteria en secreciones respiratorias o tejido pulmonar, por fluorescencia directa con anticuerpos mono o policlonales frente a cualquier especie o serogrupo de *Legionella*, incluido SG1.

De confirmación:

- Aislamiento de cualquier especie o serogrupo (SG) de *Legionella* a partir de secreciones respiratorias, tejido pulmonar o sangre, o
- Seroconversión: aumento del título de anticuerpos en cuatro veces o más, frente a *L. pneumophila* SG1, por inmunofluorescencia indirecta, en sueros tomados en la fase aguda y convaleciente de la enfermedad, siempre que el valor final alcanzado sea ≥ 128 , o
- Demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1, en orina por ELISA o RIA.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

- **Sospechoso/Probable:** Compatible con la definición clínica de caso y/o resultado positivo de alguna de las pruebas presuntivas de laboratorio.
- **Confirmado:** Compatible con la definición clínica de caso y resultado positivo de alguna de las pruebas de confirmación de laboratorio.

Según el **ámbito de aparición de los casos** se pueden clasificar en:

- **Caso nosocomial:** se define caso de origen nosocomial confirmado aquél que tiene lugar en un enfermo que ha pasado los 10 días anteriores a la fecha de inicio de los síntomas en un establecimiento hospitalario y caso de origen nosocomial probable cuando el enfermo ha estado ingresado por lo menos un día, en los 10 días anteriores a la fecha de inicio de los síntomas.
- **Caso comunitario:** cuando la infección es adquirida en la comunidad.
- **Caso asociado a viaje:** cuando ocurre en una persona con antecedentes de haber viajado y pernoctado fuera de casa, una o más noches, durante los 10 días anteriores al comienzo de los primeros síntomas.

Según el **modo de presentación** se pueden distinguir:

- **Caso esporádico:** caso aislado sin relación epidemiológica con ningún otro.
- **Caso relacionado:** dos o más casos ocurridos en un intervalo de tiempo superior a 6 meses, en personas que hayan frecuentado un mismo lugar en los 2-10 días previos a la fecha de inicio de los síntomas.
- **Caso agrupado o brote:** dos o más casos ocurridos en un intervalo de tiempo inferior a 6 meses, en personas que hayan frecuentado un mismo lugar en los 2-10 días previos a la fecha de inicio de los síntomas.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

LEISHMANIASIS

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Leishmaniasis Cutánea: El cuadro se caracteriza por una 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: El cuadro se caracteriza por la 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: Este cuadro se caracteriza por un 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.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

Diagnóstico de presunción:

- Las pruebas serológicas que se utilizan con mayor frecuencia son IFI y ELISA, pero únicamente como diagnóstico de presunción.

Diagnóstico de confirmación:

- Demostración de la presencia del parásito (visualización, PCR) en aspirados o material de biopsia obtenidos de:
 - Los bordes de la lesión (Leishmaniasis cutánea y cutáneo-mucosa).
 - Médula ósea, hígado, bazo o ganglios linfáticos (Leishmaniasis visceral).
- Aislamiento (cultivo).

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

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

Probable: Enfermedad compatible con la definición clínica de caso de Leishmaniasis visceral, cutáneo-mucosa o cutánea y con serología positiva a Leishmania.

Confirmado: Enfermedad compatible con la definición clínica de caso de Leishmaniasis visceral, cutáneo-mucosa o cutánea, que cumple con alguno de los criterios de confirmación de laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

LEPRA

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:

1. Lesiones cutáneas características
2. Pérdida de la sensibilidad
3. Engrosamiento de los nervios en lugares de predilección

En relación a la presentación clínica, la lepra se clasifica en:

- Lepra paucibacilar
- Lepra multibacilar

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

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

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable: Enfermedad compatible clínicamente.

Confirmado: Enfermedad clínicamente compatible y confirmada por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal por sistema de registro.

MENINGITIS BACTERIANAS, OTRAS

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad de comienzo brusco, caracterizada por fiebre, cefalea intensa, vómitos y signos meníngeos.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

De presunción:

- Presencia de antígeno de neumococo en sitios normalmente estériles.

De confirmación:

- Aislamiento de agente bacteriano específico (excluidos *N. meningitidis*, *H. influenzae* y *Mycobacterium tuberculosis*) de un lugar normalmente estéril.
- Presencia de ADN de agente bacteriano específico (excluidos *N. meningitidis*, *H. influenzae* y *Mycobacterium tuberculosis*) en sitios normalmente estériles.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso: Todo paciente con diagnóstico clínico y bioquímica del LCR compatibles con infección bacteriana en ausencia de aislamiento

Probable: Caso compatible con la definición clínica y que cumple el criterio diagnóstico de laboratorio de presunción.

Confirmado: Caso compatible con la definición clínica y que cumple alguno de los criterios diagnósticos de laboratorio de confirmación.

MODO DE NOTIFICACIÓN

Declaración URGENTE.

MENINGITIS VÍRICAS

DEFINICION CLINICA DE CASO:

Enfermedad de comienzo brusco, caracterizada por fiebre, cefalea intensa, vómitos y signos meníngeos.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento o serología de virus específico en muestra habitualmente estéril, o
- Detección de ácido nucleico por amplificación genómica, o
- Detección de Ig G de producción intratecal frente a virus concretos (p.ej.: virus de la Toscana).

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Probable/sospechoso: Caso clínicamente compatible, que cumple las siguientes condiciones: ausencia de aislamiento de agente bacteriano o vírico en muestra habitualmente estéril y morfología y bioquímica de LCR compatible con etiología viral.

Confirmado: Caso clínicamente compatible y confirmado por criterios de laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

PALUDISMO

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad caracterizada por fiebre intermitente con escalofríos, que por lo regular se acompaña de cefalalgia y náuseas 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.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Demostración de los parásitos del paludismo en sangre periférica. Pueden ser necesarios estudios microscópicos repetidos por la variación de la densidad de la parasitemia por *P. falciparum* durante el ciclo asexual; algunas veces no se demuestra la presencia de los parásitos en los frotis de pacientes que han sido tratados en fecha reciente o que están bajo tratamiento.
- Detección de ácido nucleico del *Plasmodium* por amplificación genómica.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

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

Confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos, sometida a vigilancia especial por la O.M.S.

PAROTIDITIS

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

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

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

De presunción:

- En situación epidémica o de brote, determinación de Ac Ig G con niveles superiores al 95% respecto a la población general. En el momento actual, con la técnica utilizada en el Laboratorio Regional de Salud Pública, este nivel se alcanza con un título igual o superior a 3.500.

De confirmación:

- Aislamiento del virus de la parotiditis de una muestra clínica,
- Presencia de RNA viral mediante técnica de RT-PCR.
- Aumento significativo en el nivel de anticuerpos de parotiditis mediante un método serológico estándar (seroconversión para Ig G en dos muestras seriadas), o test positivo serológico de Anticuerpos Ig M de parotiditis.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso: Concuerda con la definición clínica de caso, sin confirmación virológica o serológica, y no está epidemiológicamente relacionado con un caso probable o confirmado.

Probable: En época epidémica se puede considerar como caso probable aquel que tiene título de Ac Ig G igual o superior a 3.500.

Confirmado: Todo caso que está confirmado por laboratorio o que concuerda con la definición clínica de caso y está epidemiológicamente relacionado con un caso probable o confirmado. Un caso confirmado por laboratorio no es necesario que concuerde con la definición clínica de caso. Dos casos probables que están epidemiológicamente relacionados deberán ser considerados confirmados, aún en ausencia de confirmación de laboratorio.

Se descartarán como parotiditis a todos aquellos casos en los que se confirme una etiología diferente o en los que los resultados de laboratorio (Ig M, Ig G y Seroconversión) hayan sido negativos.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

PESTE

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad que se caracteriza por fiebre y 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).

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

Diagnóstico de presunción:

- Un único título elevado de anticuerpos en ausencia de antecedentes de inmunización.
- Demostración del antígeno en muestras de sangre, aspirado de bubón o tejido, mediante técnicas de ELISA o FA.

Diagnóstico de confirmación:

- Aislamiento de *Yersinia pestis* de una muestra clínica.
- Seroconversión por hemaglutinación pasiva.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable: Enfermedad compatible clínicamente en una persona procedente de zona endémica con resultados presuntivos de laboratorio.

Confirmado: Concuerda con la definición clínica de caso y cumple alguno de los criterios de confirmación de laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración URGENTE, incluida en el Reglamento Sanitario Internacional.

POLIOMIELITIS Y PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad que se caracteriza por inicio agudo de parálisis flácida en uno o más miembros, con ausencia o disminución de reflejos en los tendones de los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en laboratorios especializados que utilicen técnicas virológicas de cultivo celular.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso: Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA), incluyendo el Síndrome de Guillain-Barré y la mielopatía aguda, en un niño menor de 15 años en el que no puede ser identificada ninguna otra causa.

Probable: Todo caso de PFA con parálisis residual de 60 días o muerte, en el que no pudieron recogerse dos muestras de heces a las dos semanas después de iniciados los síntomas para ser examinadas por laboratorio.

Confirmado: Todo caso de PFA en el cual se aísla poliovirus salvaje de cualquiera de las muestras de heces del paciente o de muestras de un contacto. Una vez confirmado el caso y, de acuerdo a las recomendaciones de la O.M.S, este se clasificará en:

- Caso autóctono de poliovirus salvaje,
- Caso importado de poliovirus salvaje,
- Caso asociado a la vacunación: Todo caso de PFA en la que el virus aislado es virus-vacunal y ningún otro agente etiológico puede ser identificado como causa de la enfermedad. Debe haber una historia previa de administración de VOP dentro de un plazo de 7-30 días antes de la aparición de los síntomas, o haber tenido contacto con un individuo recientemente inmunizado, dentro de un plazo de 7-60 días antes de la aparición de los síntomas.

No-polio (descartado): Todo caso de parálisis flácida aguda en la 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.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Declaración URGENTE. Enfermedad incluida en Plan de Erradicación.

RABIA

Se considera de notificación obligatoria tanto la rabia humana como la animal.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Presencia de una encefalomiелitis que cursa con fiebre, cefalea, alteraciones sensoriales, parálisis y convulsiones. Hay espasmo de los músculos de 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.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento del virus en cultivo celular o animal de laboratorio en muestras procedentes de saliva, LCR o tejido del sistema nervioso central, o
- Determinación de ácido nucleico en saliva o tejido cerebral, o
- Detección de antígenos víricos por el método de inmunofluorescencia directa en una muestra clínica (preferentemente del cerebro o nervios que circundan los folículos pilosos de la nuca o de impresiones corneales), o
- Identificación de anticuerpos neutralizantes en suero o de una persona no vacunada con título ≥ 5 .

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

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.

Confirmado: Enfermedad clínicamente compatible y confirmada por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Declaración URGENTE.

RUBÉOLA

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad caracterizada por los siguientes hallazgos clínicos:

- Comienzo agudo de exantema generalizado maculopapular
- Fiebre $\geq 37,3^{\circ}\text{C}$
- Artralgia/artritis o linfadenopatía o conjuntivitis

Los casos sospechosos con hallazgos compatibles con la definición de caso de sarampión serán considerados como casos sospechosos de sarampión.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Test positivo serológico de Anticuerpos Ig M de rubéola. Para una mejor precisión en la confirmación de un caso de rubéola, una Ig M positiva se intentará verificar con avidéz de Ig G, como prueba específica para descartar posibles falsos positivos; si la avidéz es baja se considerará como caso de rubéola.
- Aumento significativo en el nivel de anticuerpos Ig G frente a rubéola mediante un método serológico estándar.
- Aislamiento del virus de la rubéola.
- Detección de ARN del virus de la rubéola por PCR.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/probable: Coincidente con los criterios de definición clínica de caso, sin confirmación virológica o serológica, y que no está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

Confirmado: Todo caso que está confirmado por laboratorio o compatible con la definición clínica de caso, y epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

Se descartará como rubéola a todos aquellos casos en los que se confirme una etiología diferente o en los que los resultados de laboratorio (Ig M, Ig G y Seroconversión) hayan sido negativos. Los casos de adultos o niños vacunados con determinación de Ig M o Ig G negativas en una muestra tomada en los tres primeros días desde el inicio del exantema no se pueden descartar sólo con este criterio, hay que tomar una segunda muestra antes de darlos como descartados.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

RUBÉOLA CONGÉNITA

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad del recién nacido como consecuencia de una infección de rubéola intraútero y que se caracteriza por los siguientes síntomas:

- A) Cataratas/glaucoma congénito, enfermedad cardíaca congénita, pérdida de audición, retinopatía pigmentaria.
- B) Púrpura, esplenomegalia, ictericia, microcefalia, retraso mental, meningoencefalitis, osteopatía.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento del virus de la rubéola, o,
- Detección de ARN del virus de la rubéola por PCR, o
- Demostración de anticuerpos Ig M específicos de rubéola, o
- Un nivel de anticuerpos de rubéola en el niño que se mantiene por encima y más allá de la fecha en que, según cálculos, se hace la transferencia pasiva de anticuerpos de IgG maternos.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Posible: Caso con algún hallazgo incluido en la definición clínica, pero que no cumple los criterios de caso compatible.

Compatible: Caso no confirmado por laboratorio y que registra dos complicaciones cualquiera de las relacionadas en el apartado A) anterior, o una del apartado A) y otra del B).

Confirmado: Caso clínicamente compatible y confirmado por laboratorio.

Hay que tener en cuenta que el aislamiento y/o la detección de ARN del virus de la rubéola por

PCR negativos no descartan la existencia de rubéola congénita, lo que descartan es la infectividad del caso. Si un caso tiene Ig M positiva y no tiene aislamiento ni detección de ARN viral será un caso de rubéola congénita no infectivo.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal por sistema de registro.

SARAMPIÓN

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO.

Enfermedad caracterizada por los siguientes hallazgos clínicos:

- Exantema máculo-papular
- Fiebre alta
- Tos, o coriza, o conjuntivitis

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

- Aislamiento del virus del sarampión en especímenes clínicos, o
- Determinación de PCR, o
- Presencia de anticuerpos IgM frente a sarampión, o seroconversión de IgG

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Según grado de certeza diagnóstica:

a. Confirmado:

- **Microbiológicamente:** caso en que las determinaciones de laboratorio indiquen la presencia de anticuerpos IgM frente a sarampión, seroconversión de IgG, cultivo positivo, o determinación de PCR positiva, con independencia de que la definición clínica de caso se cumpla o no.

- **Con vínculo epidemiológico:** todo caso que cumple los criterios de la definición clínica, sin que se disponga de pruebas de laboratorio, y que ha estado en contacto témporo-espacial con otro caso de sarampión confirmado microbiológicamente, y en el cual el exantema se inició entre el 7-18 día antes del caso actual.

b. Compatible o que cumpla la definición clínica de caso: todo caso que cumple los criterios de definición clínica de sospecha de caso, en el que no ha sido posible recoger muestras para su confirmación por el laboratorio, y que no está vinculado epidemiológicamente a un caso confirmado por laboratorio.

Estos casos representan un fracaso del sistema de vigilancia al no poderse ni confirmar ni descartar la infección del virus del sarampión.

c. Descartado (no-sarampión): todo caso sospechoso en el que las determinaciones de laboratorio aportan resultados negativos

Según su origen:

a. Importado: Todo caso confirmado de sarampión cuyo exantema se inicia en un período ≤ 18 días de su llegada de otro país, asegurándose que no está vinculado epidemiológicamente con ningún caso autóctono anterior.

b. Perteneciente a otra CCAA: El caso que o bien permaneció en otra Comunidad Autónoma durante los 7 a 18 días que precedieron al exantema, o bien en ella tuvo alguna de las siguientes exposiciones: mantuvo un contacto persona a persona con un caso confirmado (clínica o analíticamente), o acudió a una institución en la que algún miembro fue caso confirmado.

c. Autóctono: Todo caso que no pueda ser clasificado como importado o de otra CCAA. Los casos vinculados epidemiológicamente a un caso confirmado, serán considerados autóctonos si su exposición ocurre en la Comunidad de Madrid.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Notificación URGENTE. Enfermedad incluida en el Plan de Eliminación.

SÍFILIS

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Treponematosi aguda y crónica, que puede

ocasionar una clínica muy variable. La enfermedad evoluciona en fases:

Sífilis primaria: Alrededor de dos semanas después del contagio, aparece una lesión erosivo-ulcerativa única, muy superficial, indurada, no dolorosa en el lugar de la inoculación, que constituye el llamado chancro sifilítico. Se localiza en la zona del contacto sexual (normalmente en los genitales, boca o ano). Va acompañado de adenopatías regionales. Alrededor de un mes más tarde, el chancro remite espontáneamente.

Sífilis secundaria: Después de seis semanas de la desaparición del chancro, aparecen las manifestaciones generalizadas de la sífilis. Estas son debidas a la diseminación hematogéna del treponema. La manifestación más precoz es la roséola sifilítica (exantema generalizado, no pruriginoso, ni descamativo y recidivante, que afecta al tronco y raíz de los miembros). Desaparece espontáneamente en el plazo de un mes.

Después de 4 a 12 meses del comienzo de la enfermedad pueden aparecer las sífilides (pápulas indoloras, no pruriginosas e induradas) y las afectaciones viscerales (óseas, hepáticas, articulares, adenopatías, etc.). Estas lesiones pueden ir acompañadas de sensación de mal estado general y fiebre.

Sífilis tardía: Suele aparecer después de 10 a 30 años de haberse contagiado. Se caracteriza por manifestaciones cutáneo-mucosas (gomas superficiales y profundas), como también por afectaciones viscerales (cardio-vasculares o neurológicas).

La **sífilis latente** es el período de la enfermedad en que el agente etiológico se encuentra en la persona infectada, sin producir síntomas ni signos clínicos. Las pruebas serológicas, sí detectan anticuerpos frente al treponema.

Se denomina a la sífilis primaria y secundaria como sífilis benigna, ya que cursa con lesiones curables que no dejan cicatriz. La sífilis tardía es grave, cursa con lesiones destructivas y,

aunque pueden curar con tratamiento correcto, deja secuelas graves.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

a) Sífilis primaria y secundaria:

Diagnóstico de presunción:

- Pruebas serológicas inespecíficas (V.D.R.L. o R.P.R.) positivas.
- Pruebas serológicas treponémicas positivas (F.T.A.-Abs o M.H.A.-TP).

Diagnóstico de confirmación:

- Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de las secreciones de las lesiones primarias o secundarias.

b) Sífilis tardía:

Diagnóstico de presunción:

- Pruebas serológicas inespecíficas (V.D.R.L. o R.P.R.) y/o treponémicas (F.T.A.-Abs o M.H.A.-TP) positivas.

Diagnóstico de confirmación:

- Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de las lesiones (gomas).
- Prueba serológica inespecífica (V.D.R.L.) y/o específica positiva en líquido cefalorraquídeo (neurosífilis).

c) Sífilis latente:

Diagnóstico de presunción:

- Pruebas serológicas treponémicas (F.T.A.-Abs o M.H.A.-TP) positivas.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

a) Sífilis primaria y secundaria:

Sospechoso/Probable: Enfermedad clínicamente compatible con pruebas serológicas positivas.

Confirmado: Enfermedad clínicamente compatible, confirmada por laboratorio.

b) Sífilis tardía:

Sospechoso/Probable: Enfermedad clínicamente compatible con este período y pruebas serológicas inespecíficas y/o treponémicas positivas.

Se sospechará de Neurosífilis delante de algunas de estas circunstancias:

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

Confirmado: Enfermedad clínicamente compatible, confirmada por laboratorio.

c) Sífilis latente:

Caso sospechoso: Paciente asintomático, con serología treponémica positiva, que no presenta sífilis primaria, ni secundaria, ni tardía.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

SÍFILIS CONGÉNITA

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

En la sífilis congénita se distinguen dos estadios:

- **Sífilis congénita precoz:** Aparición de síntomas durante los dos primeros años de edad. En la actualidad este cuadro es raro. Los casos graves se manifiestan clínicamente en el momento del parto. Puede manifestarse como coriza sifilítica, erupciones cutáneas (pénfigo sifilítico), hepatoesplenomegalia acompañada de ictericia, pseudo-parálisis de Parrot, anemia y edema generalizado.
- **Sífilis congénita tardía:** Transcurridos dos años de vida se desarrolla una sintomatología

diversa. Aparecen los estigmas sifilíticos como: queratitis intersticial (el más frecuente y más grave), sordera (afectación VIII par craneal), tibia en sable, protuberancia frontal, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, sinovitis de rodillas (articulaciones de Clutton) y rágades periorificiales.

CRITERIO DIAGNÓSTICO 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 anti-IgM).

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

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.

Confirmado: Enfermedad clínicamente compatible, confirmada por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal por sistema de registro.

TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad caracterizada por una hipertonia y/o contracción muscular dolorosa (generalmente de los músculos de la mandíbula y cuello), de comienzo agudo y espasmo muscular generalizado sin otra causa médica aparente.

El diagnóstico de tétanos se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. La historia epidemiológica puede también ayudar al diagnóstico

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aumentos significativos de antitoxina circu-

lante no se detectan generalmente en el tétanos y no pueden ser utilizados para establecer un diagnóstico. El aislamiento de *C. tetani* en una herida así como la ausencia de niveles de antitoxina circulante de 0.01 UI/ml o mayores pueden establecer el diagnóstico de tétanos.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

TÉTANOS

Confirmado: Un caso que cumple la definición clínica de caso.

TÉTANOS NEONATAL

Sospechoso:

- antecedentes de succión y llantos normales en los dos primeros días de la vida.
- antecedentes de aparición de la enfermedad entre los 3 y 28 días de edad.
- antecedentes de incapacidad de succionar (trismo), seguida de rigidez muscular generalizada (entumecimiento) y/o espasmos musculares (convulsiones).

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

MODO DE NOTIFICACIÓN:

El tétanos es una enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos y el tétanos neonatal es una enfermedad de declaración semanal por sistema de registro.

TIFUS EXANTEMÁTICO

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad caracterizada por comienzo brusco con escalofríos, cefalea, algias generalizadas, postración, fiebre y erupción macular que no afecta a palmas de manos y plantas de pies.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

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

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable: Enfermedad clínicamente compatible en personas que se encuentren en zonas de catástrofes o guerras, o procedan de zonas endémicas.

Confirmado: Caso que reúne criterios clínicos de definición de caso y está confirmado por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad vigilada por la O.M.S. y de declaración URGENTE.

TOS FERINA

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.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

Diagnóstico de presunción:

- En situación epidémica o de brote, determinación de Ac Ig G anti-tóxina *pertussis* (TP) en una sola muestra en fase aguda con niveles superiores al 95% respecto a la población general. En el momento actual, con la técnica utilizada en el Laboratorio Regional de Salud Pública, este nivel se alcanza con un índice igual o superior a 1,5.

- Seroconversión con aumento de cuatro veces el título de anticuerpos frente a hemaglutinina filamentosa (HAF) o con aumento de dos veces el título frente al menos dos antígenos distintos (TP o HAF).

Diagnóstico de confirmación:

- Aislamiento de *B. pertussis* de una muestra clínica. Debido a la baja sensibilidad y a la especificidad variable que han demostrado tener las pruebas de inmunofluorescencia directa de secreciones nasofaríngeas, éstas no deberán emplearse como criterio de confirmación por laboratorio, si bien pueden utilizarse como diagnóstico presuntivo rápido.
- Detección de ADN mediante PCR.
- Seroconversión con aumento de cuatro veces el título de IgG-TP o IgA-TP.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso: 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.

Probable: Caso clínicamente compatible que cumple alguno de los criterios de laboratorio de diagnóstico de presunción.

Confirmado: Caso clínicamente compatible confirmado por laboratorio o epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

TRIQUINOSIS

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

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

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

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

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable: Compatible con la definición clínica de caso y relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado o que se sepa que ha comido carne sospechosa.

Confirmado: Caso que reúne criterios clínicos de definición de caso y está confirmado por laboratorio. En un brote, al menos un caso debe ser confirmado por el laboratorio.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Declaración URGENTE.

TUBERCULOSIS RESPIRATORIA/TUBERCULOSIS, OTRAS

DEFINICIÓN DE CASO:

Se considera caso de Tuberculosis (TB) para introducir al Registro:

- Al paciente con baciloscopia positiva a quien se le indica tratamiento antituberculoso y/o cultivo positivo a complejo *Mycobacterium tuberculosis*.
- Al paciente con tratamiento antituberculoso durante más de tres meses o menos si se le retira el mismo antes por efectos secundarios, fallece o se produce un abandono voluntario del tratamiento.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento en cultivo de un microorganis-

- mo del complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis* o *M. africanum*) en una muestra clínica apropiada, o
- Demostración de bacilos ácido-alcohol resistentes por microscopía en una muestra clínica adecuada cuando no se ha hecho o no ha podido hacerse cultivo.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Confirmado bacteriológicamente: Se considerará como tal, aquel que presente criterios diagnósticos de laboratorio.

No confirmado bacteriológicamente: Se considerará como tal, aquél que, sin tener criterios diagnósticos de laboratorio, cumpla los criterios de definición clínica de caso.

Los casos de TB pulmonar, sean confirmados bacteriológicamente o no, se clasificarán a su vez en bacilíferos o no bacilíferos de acuerdo a los resultados de la microscopía directa de una muestra de esputo espontáneo o inducido. Los casos que sólo presentan microscopía positiva en material procedente del lavado gástrico o broncoalveolar, no serán considerados bacilíferos.

De acuerdo al Consenso Nacional para el control de la tuberculosis en España, se considera:

Enfermo inicial: si nunca ha recibido tratamiento o si ha realizado tratamiento correcto durante menos de un mes.

Recaída: si aparecen cultivos positivos significativos en un paciente que ha sido dado de alta por curación hace un año o menos.

Abandono del tratamiento: si ha interrumpido el tratamiento por un período de tiempo superior a un mes.

Fracaso terapéutico: cuando se mantienen cultivos consecutivos positivos hasta el cuarto mes sin descenso significativo del número de colonias, o cuando después de dos cultivos negativos reaparecen dos nuevos cultivos positivos con número creciente de colonias.

Enfermo crónico: Aquel en quien se obtienen

cultivos positivos a lo largo de dos años consecutivos.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración semanal por sistema de registro.

El impreso consta de tres hojas: una blanca que se debe cumplimentar y enviar al diagnosticar el caso. Una amarilla, que se debe cumplimentar y enviar al terminar el seguimiento clínico del caso y que incluye información numérica sobre el resultado del estudio de contactos. Finalmente, existe una hoja rosa que es la que debe quedar en poder del notificador.

La información individualizada referida a los contactos de los casos registrados, se recoge en un impreso específico que permite incluir datos de hasta seis contactos.

VARICELA

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Enfermedad que se caracteriza por un comienzo repentino con fiebre moderada, síntomas generales mínimos y erupción cutánea de tipo máculopapular durante unas horas que se transforman en vesículas durante 3 ó 4 días que deja costras granulares. Las diversas fases coexisten y las lesiones son superficiales.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Aislamiento de virus de la varicela en muestra clínica (líquido vesicular), o
- Identificación del virus por microscopía electrónica, o
- Demostración de aparición e incremento de marcadores específicos de la infección tales como el interferón y anticuerpos específicos antivariçela IgM, IgG e IgA en el suero del enfermo.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Sospechoso/Probable: Enfermedad clínicamente compatible.

Confirmado: Caso confirmado por 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.

MODO DE NOTIFICACIÓN:

Enfermedad de declaración numérica semanal.

ANEXO I. FORMULARIOS DE NOTIFICACIÓN

Datos del notificador

Notificador:
 Nº de CIAS:
 Centro:
 Teléfono:
 Firma:
 Semana que acabó el sábado Día / Mes. / Año

Esta semana NO se han atendido casos de enfermedades sujetas a Declaración Obligatoria

Declaración numérica

En esta semana se han atendido los siguientes casos de Enfermedades de Declaración numérica:

Número de casos GRIPE

Número de casos VARICELA

Declaración con datos epidemiológicos básicos

Datos del enfermo:
 Apellidos: Nombre:
 Domicilio: Nº Piso Teléfono
 Municipio: Código Postal:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: / / Edades: Meses Años
 País de nacimiento España Otros (especificar) Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar)

Marque con una cruz la enfermedad que declara

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Botulismo | <input type="checkbox"/> Hepatitis víricas, otras (C, D, E) | <input type="checkbox"/> Rubéola |
| <input type="checkbox"/> Brucelosis | <input type="checkbox"/> Infección Gonocócica | <input type="checkbox"/> Rubéola congénita |
| <input type="checkbox"/> Cólera | <input type="checkbox"/> Legionelosis | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Leishmaniasis | <input type="checkbox"/> Sifilis |
| <input type="checkbox"/> Disentería | <input type="checkbox"/> Lepra | <input type="checkbox"/> Sifilis congénita |
| <input type="checkbox"/> Encefalopatías espongiiformes | <input type="checkbox"/> Meningitis Bacterianas | <input type="checkbox"/> Tétanos |
| <input type="checkbox"/> Transmisibles humanas | <input type="checkbox"/> Meningitis víricas | <input type="checkbox"/> Tétanos neonatal |
| <input type="checkbox"/> Enf. Invasiva por <i>Haemophilus</i> | <input type="checkbox"/> Paludismo | <input type="checkbox"/> Tifus exantemático |
| <input type="checkbox"/> Enf. Meningocócica | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida aguda (<15 años) | <input type="checkbox"/> Tosferina |
| <input type="checkbox"/> Fiebre amarilla | <input type="checkbox"/> Parotiditis | <input type="checkbox"/> Triquinosis |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea y Paratifoidea | <input type="checkbox"/> Peste | <input type="checkbox"/> Tuberculosis respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Poliomielitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis, otras |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Rabia | |

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA ENFERMEDAD:

Fecha de inicio de los síntomas: / / Asociado a otro caso: SI NO Desconocido
 Colectivo
(Indicar siempre: Centro escolar, Guardería, Institución cerrada, etc. al que pertenece el caso)
 Se ha derivado el caso: SI No Centro
 Diagnóstico: Clínico Serológico Microbiológico (aislamiento/visualización...) Vinculo epidemiológico
 Otros métodos diagnósticos, especificar

PARA ENFERMEDADES VACUNABLES:

Estado vacunal: Vacunado No vacunado Desconocido
 Número de dosis / /
 PARA HEPATITIS (Especificar Tipo): A B C Delta E Sin especificar
 Especificar diagnóstico serológico: IgM anti-VHA HBs Ag IgM anti-HBc Ig anti-VHC Ig anti-VHD Ac anti-VHE
 Fecal-oral (alimentos, agua, prácticas sexuales) Especificar Sexual Especificar
 TRANSMISIÓN: Percutánea (CDVP; cirugía, transfusiones, etc) Especificar Desconocido
 Observaciones:

Enfermedades en rojo = # Urgentes; *Deben notificarse por el medio más rápido posible a los servicios de Salud Pública de Área o en su defecto al servicio de Epidemiología*. Enfermedades en azul = # Registro específico; Enfermedades con sistemas especiales de registro que se encuentran en el Manual del notificador.



**Dirección General de Salud
Pública y Alimentación**
Comunidad de Madrid

Enviar por FAX al Servicio de Epidemiología del Área
Impreso de Notificación de Alertas

Identificación del Notificador

Fecha de la notificación: / / Hora: Área que envía la notificación:
 Notificador: Institución: Particular:
 Dirección: Municipio:
 Teléfono:

Alerta

Tipo de alerta:
 Colectivo donde ocurre la alerta:
 Dirección: Teléfono:
 Municipio Área: Distrito:
 Nº de casos conocidos en el momento de la alerta:
 Nº de expuestos:
 Ingresos hospitalarios: No Si Nº
 Hospital: Fecha ingreso / /
 Fecha de inicio de los primeros síntomas: / / Hora:
 Síntomas:
 Agente causal: Sospechoso Confirmado

En caso de toxiinfección alimentaria

Fecha de la ingesta de alimentos sospechosos: / / Hora:
 Síntomas: Náuseas Vómitos Diarrea Dolor abdominal Fiebre
 Otros (especificar)
 Menú o alimentos sospechosos:
 Lugar de preparación del alimento:

Datos de los casos en el momento de la alerta,

Nombre	Sexo	Edad	Dirección (Calle, número, municipio)	Teléfono	Ingreso

Información complementaria:



Datos de identificación del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos sobre ingreso hospitalario

Hospitalización: No Si
 En caso afirmativo: Fecha de ingreso:/...../.....
 Centro Servicio

Datos clínicos

Inicio de los primeros síntomas: Fecha:/...../..... Hora:
 Síntomas: (en caso de botulismo del lactante, especificar en otros síntomas)
 Ptosis: Si No NC Visión borrosa: Si No NC
 Diplopía: Si No NC Parálisis flácida descendente y simétrica: Si No NC
 Otros:
 Forma clínica: Alimentario Por heridas Del lactante
 Complicaciones:
 Tratamiento:
 Administración de antitoxina botulínica: No Si Fecha:/...../.....
 Evolución: Curación Fallecimiento Fecha:/...../.....
 Asociación a otros casos: Si No

Datos de laboratorio

Determinación de toxina botulínica:
 En suero: No Si Resultado: Negativo Positivo
 Fecha toma de muestras:/...../..... Tipo de toxina:
 En heces: No Si Resultado: Negativo Positivo
 Fecha toma de muestras:/...../..... Tipo de toxina:
 En alimento: No Si Resultado: Negativo Positivo
 Fecha toma de muestras:/...../..... Tipo de toxina:
 Aislamiento de *C. botulinum*: Heces: No Si
 Herida: No Si



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de caso de Botulismo

Antecedentes de interés

Botulismo alimentario (reflejar alimentos sospechosos consumidos en las últimas 72 horas):

Alimento: Lugar de consumo:
Fecha: / / Hora:

Procedencia: Casero Industrial
Si es industrial: Marca: Lote:
Lugar de compra: Fecha: / /

Alimento: Lugar de consumo:
Fecha: / / Hora:

Procedencia: Casero Industrial
Si es industrial: Marca: Lote:
Lugar de compra: Fecha: / /

Alimento: Lugar de consumo:
Fecha: / / Hora:

Procedencia: Casero Industrial
Si es industrial: Marca: Lote:
Lugar de compra: Fecha: / /

Alimento: Lugar de consumo:
Fecha: / / Hora:

Procedencia: Casero Industrial
Si es industrial: Marca: Lote:
Lugar de compra: Fecha: / /

Botulismo del lactante:

Fuentes de exposición posibles:
.....
.....

Botulismo por heridas:

Antecedentes de la herida:
.....
.....

Clasificación del caso

Sospechoso/Probable Confirmado

Datos del notificador

Nombre:
Centro de Trabajo:
Municipio: Área Teléfono: Fecha de declaración / /



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de caso de Brucelosis

Datos epidemiológicos

Tipo de trabajo o actividad que realiza:

Puesto de trabajo:..... Centro de trabajo:.....

Dirección:..... Municipio:.....

Teléfono:.....

Contacto con ganado o derivados: No consta
 No
 Si → Animal vivo Limpieza de establos
 Placentas, fetos, anejos fetales animales o similares
 Canales, sangre, vísceras Accidente vacunal
 Leche Otros Especificar:

Tipo de contacto: Esporádico Habitual

Contacto laboral: Si No No consta

Especie animal: Ovino Caprino Bovino Porcino Canino Equino

Contacto en la Comunidad de Madrid: Si Dirección municipio:.....

No → Comunidad Autónoma:.....

Municipio y dirección:

Contacto con productos de laboratorio: Si No No consta

Consumo de productos lácteos en los 6 meses anteriores a los síntomas: No No recuerda Si

Leche: Pasteurizada, UHT Hervida Cruda Tipo de leche, marca:.....

Datos del fabricante (Razón social, domicilio, marca sanitaria, lote y fecha caducidad):.....

..... Lugar y fecha de adquisición:.....

Queso fresco/blando: Oveja Vaca Cabra Mixto Desconocido Industrial

Marca:..... Lugar y fecha de adquisición:.....

Datos del fabricante (Razón social, domicilio, marca sanitaria, lote y fecha caducidad):.....

Sin marca/origen desconocido Lugar/fecha de adquisición:

Elaboración propia Lugar de elaboración:.....

Otros derivados lácteos Especificar tipo, origen y datos del fabricante:.....

Lugar de consumo: Domicilio Restaurante Otro Especificar:

Tipo de caso: 1. Sospechoso/Probable Confirmado

2. Aislado Asociado a brote Desconocido

3. Alimentario Profesional Otro origen

Localización del riesgo: C. Madrid → Área sanitaria.....

→

Observaciones:

Datos del notificador

Nombre:

Centro de Trabajo:.....

Municipio:..... Área..... Teléfono..... Fecha de declaración...../...../.....



Datos de identificación del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos sobre ingreso hospitalario

Hospitalización: No Si
 En caso afirmativo: Fecha de ingreso:/...../..... Centro Servicio

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:/...../.....
 Síntomas: Diarrea: Si No NC Depositiones líquidas y riciformes: Si No NC
 Vómitos: Si No NC Deshidratación: Si No NC
 Otros:

Complicaciones:

Tratamiento:

Evolución: Curación Fallecimiento Fecha:/...../.....

Asociación a otros casos: Si No

Datos de laboratorio

Cultivo realizado: No Si En caso afirmativo: Tipo de muestra: Heces Vómito
 Identificación de *Vibrio cholerae* toxigénico: No Si Especificar serogrupo
 Fecha toma de muestras:/...../..... Fecha de negativización:/...../.....

Detección de toxina: No Si

Antecedentes de interés

Si el paciente trabaja como manipulador de alimentos, indicar dónde

Viaje reciente al extranjero: No Si En caso afirmativo: País: Fechas de estancia:/...../.....

País: Fechas de estancia:/...../.....

País: Fechas de estancia:/...../.....

Consumo de verduras o frutas crudas (en los 5 días previos al inicio de los síntomas): No Si

En caso afirmativo, ¿dónde lo compró o consumió?

Consumo de marisco crudo (en los 5 días previos al inicio de los síntomas): No Si

En caso afirmativo, ¿dónde lo compró o consumió?

Consumo de agua no tratada o de la red pública que ha sufrido averías u otras incidencias

(en los 5 días previos al inicio de los síntomas): No Si

En caso afirmativo especificar

Medidas adoptadas

Aislamiento entérico del paciente: No Si Quimioprofilaxis a contactos: No Si

Clasificación del caso

Sospechoso Probable Confirmado Importado Autóctono

Datos del notificador

Nombre:

Centro de Trabajo:

Municipio: Área Teléfono Fecha de declaración/...../.....



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación
Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de caso de Difteria

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: Nº: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:/...../.....
 Sintomatología:
 Localización anatómica: Tonsilar Faringea Laringea/Traqueal Nasal No respiratoria
 Severidad clínica: Leve Moderada Severa Asintomática
 Complicaciones (especificar) y comentarios:
 Ingreso en hospital: No Si Fecha de hospitalización: / /
 Centro: Servicio:
 Evolución: Recuperación Fallecimiento Desconocido Fecha:/...../.....

Datos de laboratorio

Tipo de muestra recogida:
 Cultivo: Positivo Tipo: Mitis Toxigenicidad: No toxigénico
 Negativo Intermedius Toxigénico
 No realizado Gravis
 No tipado
 Otras pruebas, (especificar)

Tratamiento

Antibióticos: No Si → Dosis/día, duración Fecha / /
 Antitoxina: No Si → Total dosis Fecha / /

Otros datos epidemiológicos

Tipo de caso: Sospechoso Probable Confirmado
 Importado Autóctono
 ¿Ha recibido vacuna frente a difteria?
 No Si → Tipo de vacuna:
 Nº Dosis recibidas Fechas aproximadas: / /
 / /
 / /
 Última dosis recibida Fecha: / /
 Presenta documento de vacunación: No Si

¿Ha realizado un viaje recientemente?

No Si ¿Dónde? (País) Fecha de regreso: / /

Personas con las que ha contactado en los últimos 7 días:

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área Teléfono Fecha de declaración / /

**Datos genéticos**

(21) ¿Se ha identificado al menos 1 caso de ECJ definitivo o probable en familiar consanguíneo de primer grado?

No Si No consta

E(22) Mutación PRNP específica de enfermedad

No Si Resultado pendiente Test no realizado

E(23) Descripción de la mutación PRNP.....

E(24) Polimorfismo del codón 129 MM MV VV
Resultado pendiente Test no realizado

Electroencefalograma (EEG) (ver guía, sección E)

E(25) ¿EEG Típico? Si No No realizado No consta

E(26) Datos disponibles para la clasificación del EEG:

Informe Hospital de origen EEG visto por el personal de vigilancia EEG no realizado

E(27) Criterios de interpretación de EEG:

Criterios OMS Otros criterios EEG no revisado EEG no realizado No consta

Líquido cefalorraquídeo (LCR)

(28) LCR Normal (Células, proteínas, glucosa) Si No No realizado No consta

E(29) ¿Hay proteína 14-3-3 en LCR? Si No No realizado No consta
Resultado dudoso Técnicamente ininterpretable
Resultado pendiente

Resonancia magnética (RM)

E(30) Hallazgos en RM: RM Normal RM patológica RM no realizada

E(31) Informe de RM a cargo de: Hospital de origen Personal de vigilancia No consta

E(32) Anomalías inespecíficas en RM: Si No No consta

E(33) Atrofia en RM: Si No No consta

E(34) Hiperseñal en caudado y putamen en RM: Si No No consta

E(35) Hiperseñal en tálamo posterior mayor que en otras áreas en RM:
Si No No consta

Si afirmativo, especifique si clara hiperseñal bilateral en pulvinares Si No

Tomografía axial computarizada (TAC)

(36) TAC normal TAC patológica TAC no realizada No consta

Si la TAC es patológica, especifique:.....



Datos anatomopatológicos

- (37) Biopsia Amigdalal: Si Realizada: Inmunohistoquímica Positiva Negativa
 Westem Blot para PrP Positivo Negativo
 No Realizada
 No consta
- (38) Biopsia Cerebral Si Realizada: Técnicas convencionales Positiva Negativa
 Inmunohistoquímica Positiva Negativa
 Westem Blot par PrP Positivo Negativo
 No Realizada
 No consta
- (39) Estudio Postmortem Si Realizado Limitado a cavidad craneal Extendido
 No Realizado
 No consta

Principales zonas anatómicas de afectación (gliosis, pérdida neuronal, espongirosis) según informe:

Especificar:

Técnicas convencionales: Positiva Negativa No consta

Confirmación Inmunohistoquímica: Positiva Negativa No consta

Confirmación Westem blot para PrP: Positiva Negativa No consta

Si es positiva especifíquese patrón de glicoformas:

Tipo 1 Tipo 2 Tipo 3 Tipo 4 Otro

Fallecimiento y otros aspectos diagnósticos

- E(40) ¿Ha fallecido? Si Fecha de muerte: / / Fecha desconocida
 No
 No consta

E(41) ¿Ha sido visitado el enfermo en vida por el coordinador clínica de la CA o por personal de vigilancia?

Si

No

No consta

(42) ¿Pendiente de algunos resultados para la clasificación diagnóstica definitiva? Si No

Clasificación del diagnóstico (ver guía, sección K)

- E(43) Clasificación clínico-etiológica: ECJ Esporádica ECJ Familiar
 ECJ Yatrogénica Variante ECJ
 SGS IFL
 No consta

E(44) Durante el seguimiento, ¿se excluyen los anteriores diagnósticos?

Si Especificar el nuevo:

No

E(45) Clasificación de probabilidad según criterios diagnósticos para ECJ

Confirmada Probable Posible

No ECJ No consta



Factores de riesgo y/o de interés en salud pública

L1. FACTORES DE RIESGO YATROGÉNICO:

(46) Implante biológico de duramadre No Si No consta Año:

(47) Otros implantes biológicos No Si No consta Año:

Si afirmativo, especificar tipo

(48) Intervenciones o tratamientos con agujas. (Punción lumbar, EMG, Acupuntura, tatuajes, etc.)

No Si No consta Año:

Si afirmativo, especificar

(49) ¿Cuántas veces ha sido operado en los últimos diez años?

(50) Receptor de hormonas biológicas No Si No consta

Si afirmativo, especificar

Año de la primera administración

(51) ¿Ha recibido transfusiones de sangre y/o hemoderivados? No Si No consta ¿Cuántas?

L2. FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL:

(52) ¿Ha ejercido ocupación que implique exposición a pacientes o tejidos humanos?

No Si No consta

En caso afirmativo: Especifique código:..... Número de años expuesto

(1=Medicina, 2=Cirugía, 3=Anatomía patológica, 4=Odontología, 5=DUE/ATS, 6=Auxiliar de clínica hospitalaria, 7=Auxiliar de Atención Primaria, 8= Auxiliar de odontología, 9=Trabajador de ambulancia, 10=Fisioterapeuta, 11=Trabajador de laboratorio clínico, farmacéutico o de investigación, 12=Personal auxiliar (celador...), 13=Otro, Especifique)

Si otro, especifique

(53) Exposición ocupacional a animales o tejidos de animales

No Si No consta

En caso afirmativo: Especifique código:..... Número de años expuesto

(1=Ganadero, 2=Cazador, 3=Veterinario, 4=Taxidermista, 5=Criador de perros, 6=Matarife, 7=Procesador de carne o comida, 8=Carnicero, 9=Trabajador del cuero o animales de piel utilizable, 10=Otro, especifique)

Si otro, especifique

L3. FACTORES DE RIESGO FAMILIAR:

(54) Antecedentes familiares de ECJ No Si No consta Parentesco

(55) Antecedentes familiares de demencia No Si No consta Parentesco

(56) Antecedentes familiares de Parkinson No Si No consta Parentesco

L4. OTROS FACTORES DE INTERES:

(57) ¿Ha sido donante de sangre? No Si No consta Año/s:

Lugar/es donde ha donado



(58) ¿Ha sufrido algún traumatismo craneal con pérdida de conciencia en los últimos 10 años?

No Si No consta

(59) ¿Ha sufrido alguna mordedura de animal en los últimos 10 años?

No Si No consta

(60) Exposición NO ocupacional a animales o tejidos animales

No Si No consta

En caso afirmativo especifique:

Número de años expuesto:

(61) Estancia en Reino Unido acumulada mayor de 6 meses entre 1985-1996

No Si No consta

(62) Otros factores de riesgo que considere de interés (consumo de vísceras, ojos, sesos, etc.?)

No Si No consta

En caso afirmativo especifique:

.....

Comentarios adicionales

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Información ampliada sobre sangre y hemoderivados

Item 51

¿Ha recibido transfusiones o hemoderivados antes del diagnóstico de la enfermedad?

Si

Centro Hospitalario donde fue transfundido:

Fecha de la transfusión: / /

Componente transfundido:

Sangre Total

Plasma

Plaquetas

Hematíes

No

No consta

Item 57

¿Ha sido donante de sangre?

Si

Fecha de la donación:..... / /

Centros donde pudo donar:.....

.....

.....

No

No consta



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación
Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de Enfermedad invasiva
por *Haemophilus Influenzae* Grupo b

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: / / Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Clasificación epidemiológica

Clasificación de caso: Esporádico Agrupación de casos Asociado
 Tipo de caso asociado: Primario Coprimario* Secundario*
 *(especificar filiación del caso primario).....

Datos clínicos

Fecha de inicio de síntomas: / / Ingreso en hospital: Sí No
 Fecha de hospitalización: / / Centro Hospitalario:
 Forma de presentación de la enfermedad:
 Sepsis Meningitis Neumonía Artritis
 Otras Especificar:
 Evolución: Curación Fecha de alta: / /
 Secuelas (al alta) Especificar:
 Fallecimiento Fecha fallecimiento: / /
 Desconocida
 ¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso? Sí No No consta

Datos de laboratorio

Tipo de caso: Sospechoso/Probable Confirmado
 Patógeno: *H. Influenzae* b *H. Influenzae*
 Otros *H. influenzae* Especificar:
 Técnica diagnóstica: Aislamiento Detección de antígeno Tinción de Gram PCR
 Otras Especificar:
 Tipo de muestra: LCR Sangre Líquido pleural
 Líquido articular Otras Especificar:

Estado vacunal

Vacunación frente a *H. influenzae* b: Sí No No consta
 Dosis: Fecha última dosis: / / Lote:

Datos de la intervención

Colectivo: Sí No No consta
 Tipo de colectivo: Escolar Laboral Otros Especificar:
 Nombre del colectivo:
 Municipio: Área: Distrito: Zona Básica:
 ¿Indicada intervención en colectivo? Sí No Intervención en colectivo: Sí No
 Tipo de intervención: Quimioprofilaxis N° Vacunación N°
 Fecha de intervención: / /
 Intervención entorno familiar: Sí No No consta
 Tipo intervención familiar: Quimioprofilaxis N° Vacunación N°

Datos de la notificación

Notificador:
 Centro de Trabajo: Teléfono:
 Municipio: Área: Distrito:
 Fuente de notificación: Clínico-asistencial Laboratorio C.M.B.D. Colectivo
 Particular Otras CC.AA. Otras fuentes Especificar:
 Fecha de notificación: / / Semana:
 Observaciones:



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de Enfermedad Meningocócica

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: / / Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Clasificación epidemiológica

Clasificación de caso: Esporádico Agrupación de casos Asociado
 Tipo de caso asociado: Primario Primario* Secundario*

*(especificar filiación del caso primario).....

Datos clínicos

Fecha de inicio de síntomas: / / Ingreso en hospital: Si No
 Fecha de hospitalización: / / Centro Hospitalario:
 Forma de presentación de la enfermedad:
 Sepsis Meningitis Meningitis+Sepsis Meningococemia
 Artritis Neumonía Otras Especificar:
 Evolución: Curación Fecha de alta: / /
 Secuelas (al alta) Especificar:
 Fallecimiento Fecha fallecimiento: / /
 Desconocida

¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso? Si No No consta

Datos de laboratorio

Tipo de caso: Sospechoso Probable Confirmado
 Patógeno: *N. meningitidis* A *N. meningitidis* B *N. meningitidis* C *N. meningitidis* Y *N. meningitidis* W135
N. meningitidis sin agrupar Otras *N. meningitidis* Especificar:
 Serotipo/subtipo:
 Técnica diagnóstica: Aislamiento Detección de antígeno Tinción de Gram
 PCR Serología Otras Especificar:
 Tipo de muestra: LCR Sangre LCR y sangre Petequia
 Líquido articular Líquido pleural Otras Especificar:

Estado vacunal

Vacunación antimeningocócica: Si No No consta
 Tipo de vacuna:
 V. polisacárido A+C Dosis: Fecha última dosis: / / Lote:
 V. conjugada Nombre comercial: Dosis: Fecha última dosis: / / Lote:
 Otras vacunas Especificar:
 ¿Correctamente vacunado? Si No No consta

Datos de la intervención

Colectivo: Si No No consta
 Tipo de colectivo: Escolar Laboral Otros Especificar:
 Nombre del colectivo:
 Municipio: Área: Distrito: Zona Básica:
 ¿Indicada intervención en colectivo? Si No Intervención en colectivo: Si No
 Tipo de intervención: Quimioprofilaxis N° Vacunación N°
 Fecha de intervención: / /
 Intervención entorno familiar: Si No No consta
 Tipo intervención familiar: Quimioprofilaxis N° Vacunación N°

Datos de la notificación

Notificador:
 Centro de Trabajo: Teléfono:
 Municipio: Área: Distrito:
 Fuente de notificación: Clínico-asistencial Laboratorio C.M.B.D. Colectivo
 Particular Otras CC.AA. Otras fuentes Especificar:
 Fecha de notificación: / / Semana:
 Observaciones:



Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: / / Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas: / /
 Sintomatología:

 Complicaciones (Citar):
 Ingreso en hospital: No Si Fecha de hospitalización: / /
 Centro: Servicio:

Datos de laboratorio

Serología realizada: No Si Resultado:
 Fecha toma de muestras: 1ª: / / 2ª: / /
 Demostración del virus: No Si Fecha toma de muestra: / /

Otros datos epidemiológicos

Tipo de caso: Sospechoso/Probable Confirmado
 Importado Autóctono
 Antecedentes de vacunación: No Si Fecha: / / Lugar administración:
 ¿Ha viajado el paciente al extranjero?: Si No NS/NC
 En caso afirmativo indicar el país/es y zonas y fechas de estancia:
 País: Fecha de estancia: / /
 País: Fecha de estancia: / /
 Medidas adoptadas:

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área: Teléfono: Fecha de declaración: / /



Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: / / Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos sobre el ingreso hospitalario

Centro hospitalario:
 Servicio: N° de habitación:
 Fecha de ingreso en el hospital: / / Fecha de alta: / /
 Estancia en UCI Intervención quirúrgica No Si

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas: / /
 Síntomas:
 Complicaciones:
 Factores predisponentes: Fumador Diabetes mellitus Nefropatía
 Enfermedad pulmonar crónica Cáncer Inmunodepresión
 Tratamiento con corticoides Receptores de transplantes
 Otros:
 Tratamiento:
 Evolución: Curación Fallecimiento En ambos casos, indicar fecha: / /

Antecedentes de interés

Hospitalización en los últimos 10 días: Si No
 Viaje en los últimos 10 días: Si No
 Exposición a fuentes productoras de aerosoles:
 En el lugar de trabajo: Si Especificar:
 No Desconocido
 En lugares de ocio: Si Especificar:
 No Desconocido
 Otros:

Antecedentes de estancia hospitalaria

Centro hospitalario:
 Servicio: N° de habitación:
 Fecha de ingreso en el hospital: / / Fecha de alta: / /
 Estancia en UCI Intervención quirúrgica
 Posibles fuentes de infección:
 Equipos de terapia respiratoria: Si No
 Humidificadores: Si No
 ¿Tiene aire acondicionado en la habitación?
 Si No ¿Lo conectó? Si No
 ¿Tiene calefacción en la habitación?
 Si No ¿Lo conectó? Si No Tipo:
 ¿Tiene baño y/o ducha en la habitación?
 Si No ¿Lo utilizó? Si No
 Otras:



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de caso de Legionelosis

Datos relacionados con viajes

Hotel 1:

Nombre del hotel:..... N° de habitación

Dirección:..... Ciudad:.....

Provincia:..... País:.....

Fecha de entrada:..... / / Fecha de salida:..... / /

Posibles fuentes de infección en hotel 1:

¿Tiene aire acondicionado en la habitación?

Si No ¿Lo conectó? Si No

¿Tiene calefacción en la habitación?

Si No ¿Lo conectó? Si No

Tipo:

¿Tiene baño y/o ducha en la habitación?

Si No ¿Lo utilizó? Si No

¿Hay sauna en el hotel?

Si No ¿La utilizó? Si No

Otras:

Hotel 2:

Nombre del hotel:..... N° de habitación

Dirección:..... Ciudad:.....

Provincia:..... País:.....

Fecha de entrada:..... / / Fecha de salida:..... / /

Posibles fuentes de infección en hotel 2:

¿Tiene aire acondicionado en la habitación?

Si No ¿Lo conectó? Si No

¿Tiene calefacción en la habitación?

Si No ¿Lo conectó? Si No

Tipo:

¿Tiene baño y/o ducha en la habitación?

Si No ¿Lo utilizó? Si No

¿Hay sauna en el hotel?

Si No ¿La utilizó? Si No

Otras:

Datos de laboratorio

Pruebas presuntivas

Título de Ac frente a *L. pneumophila* SG1>256 en fase convalciente

Seroconversión frente a cualquier serogrupo de *L. pneumophila* distinto de SG1

Serogrupo detectado:.....

Tinción directa en secr.resp. o tej.pulm. frente a cualquier serogrupo de *L. pneumophila*

Serogrupo detectado:.....

Pruebas de confirmación

Aislamiento de cualquier serogrupo de *L. pneumophila* en secr.resp., tej.pulm., sangre

Seroconversión frente a *L. pneumophila* SG1

Demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina

Clasificación de caso

Sospechoso/Probable

Confirmado

Clasificación según ámbito: Esporádico

Relacionado

Brote

Clasificación según modo de presentación: Nosocomial

Comunitario

asociado a viajes

Datos del notificador

Nombre:

Centro de Trabajo:.....

Municipio:..... Área Teléfono:..... Fecha de declaración:...../...../.....



Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Otros datos epidemiológicos

Factores de riesgo:

Enf. Inmunodepresora: Si Tipo Tratamiento inmunosupresor Si
 No No
 UDVP: Si Transfusión: Si Hace más de 2 años
 No No
 Ex-UDVP
 Trasplante: Si Alcoholismo: Si
 No No

Otros factores de riesgo: Especificar*

Fecha de inicio de los síntomas: / /

Tipo de Leishmaniasis que padece:

Visceral
 Cutáneo
 Cutáneo-mucosa
 Sin especificar
 Localizaciones atípicas Especificar:

Ingreso Hospitalario:

Si Fecha de ingreso: / / Fecha de alta: / /
 No

*Se considerará en "Otros factores de riesgo" los relacionados en el cuadro adjunto:

Existencia de:	Casa	Trabajo	Fin de semana	Vacaciones	Actividad. Ocio al aire libre	Vecindad
Perros						
Perros enfermos						
Hábitats de mosquitos						
Explotaciones ganaderas						
Escombreras/Vertederos						
Viaje a zonas endémicas						

Datos de laboratorio

Demostración del parásito (visualización, PCR), Origen
 Cultivo. Origen
 Serología, Origen

(En origen recoger la técnica (biopsia o aspirado) y especificar de dónde se ha tomado la muestra)

Clasificación de caso

Sospechoso Probable Confirmado

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área Teléfono: Fecha de declaración:/...../.....



A cumplimentar en el Centro Nacional de Epidemiología

Nº orden C.N.E.: / / /

Fecha declaración: / /

Datos de la declaración

Provincia declarante: N1 de orden declarante:

Estado: Activo Vigilancia Discapacitado Baja
 Motivo de alta: Nuevo Convinciente Recidiva Traslado
 Motivo de baja: Curación Defunción Traslado Pérdida Otros

Fecha de baja: / /
 día mes año

Datos de la persona

1º Nombre 2º Nombre 1º Apellido 2º Apellido

Documento Nacional de Identidad

Fecha de nacimiento: / /

Sexo: Masculino Femenino

Residencia: Provincia Municipio País

Datos de la enfermedad

Fecha inicio síntomas: / /

Fecha de diagnóstico: / /

Diagnóstico: Provincia Municipio País

Forma clínica: Paucibacilar Multibacilar

Tratamiento: Previo OMS Multiterapia OTRA Multiterapia MON Monoterapia SIN Sin tratamiento
 Actual OMS Multiterapia OTRA Multiterapia MON Monoterapia SIN Sin tratamiento

O.M.S. Multiterapia: inicio: / / Fin: / /

Mano: Dcha. Izqu. Pie: Dcho. Izqu. Ojo: Dcho. Izqu. Cabeza: Otros:

Discapacidad máxima

(Grado de discapacidad: 0 No discapacitado. 1 Discapacidad grado 1. 2 Discapacidad grado 2)

Observaciones

.....



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de caso de otras Meningitis Bacterianas

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Clasificación epidemiológica

Clasificación de caso: Esporádico Agrupación de casos Asociado
 Tipo de caso asociado: Primario Coprimario* Secundario*
 *(especificar filiación del caso primario).....

Datos clínicos

Fecha de inicio de síntomas:/...../..... Ingreso en hospital: Si No
 Fecha de hospitalización:/...../..... Centro Hospitalario:
 Evolución: Curación Fecha de alta: / /
 Secuelas (al alta) Especificar.....
 Fallecimiento Fecha fallecimiento: / /
 Desconocida
 ¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso? Si No No consta
 Antecedentes patológicos de interés: Inmunodeficiencia Traumatismo craneal Cirugía craneal
 Fístula LCR Patología cardíaca Patología respiratoria Patología hepática
 Patología renal Esplenectomía Otros Especificar.....

Datos de laboratorio

Tipo de caso: Sospechoso Probable Confirmado
 Patógeno: *Streptococcus pneumoniae* *St. agalactiae*, grupo B *St. piogenes*, grupo A
Streptococcus viridans *Staphylococcus aureus* *Listeria monocytogenes*
 Bacilos Gram negativos Otros Especificar.....
 Técnica diagnóstica: Aislamiento Detección de antígeno Tinción de Gram
 PCR Serología Otras Especificar.....
 Tipo de muestra: LCR Sangre Otras Especificar.....

Estado vacunal

Vacunación antineumocócica: Si No No consta
 Tipo de vacuna antineumocócica: V. polisacárido V. conjugada heptavalente
 Otras vacunas antineumocócicas Especificar.....

Datos de la intervención

Intervención sobre el colectivo: Si No
 Tipo de intervención:
 Intervención sobre el entorno familiar: Si No
 Tipo de intervención:

Datos de la notificación

Notificador:
 Centro de Trabajo: Teléfono:
 Municipio: Área: Distrito:
 Fuente de notificación: Clínico-asistencial Laboratorio C.M.B.D. Colectivo
 Particular Otras CC.AA. Otras fuentes Especificar.....
 Fecha de notificación:/...../..... Semana:

Observaciones:



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de caso de Meningitis víricas

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Clasificación epidemiológica

Clasificación de caso: Esporádico Agrupación de casos Asociado
 Tipo de caso asociado: Primario Coprimario* Secundario*
 *(especificar filiación del caso primario).....

Datos clínicos

Fecha de inicio de síntomas:/...../..... Ingreso en hospital: Si No
 Fecha de hospitalización:/...../..... Centro Hospitalario:
 Evolución: Curación Fecha de alta: / /
 Secuelas (al alta) Especificar:
 Fallecimiento Fecha fallecimiento: / /
 Desconocida
 ¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso? Si No No consta

Datos de laboratorio

Tipo de caso: Sospechoso/Probable Confirmado
 Patógeno: Enterovirus no polio Virus Coxsackie Virus Echo
 Virus parotiditis epidémica Virus Herpes simple Virus Varicela-zoster
 Virus Influenza Citomegalovirus Poliovirus
 Otros virus Especificar:
 Técnica diagnóstica: Aislamiento PCR Serología
 Otras Especificar:
 Tipo de muestra: LCR Sangre Otra Especificar:

Estado vacunal

Vacunación frente a parotiditis: Si No No consta

Datos de la intervención

Intervención sobre el colectivo: Si No
 Tipo de intervención:

Datos de la notificación

Notificador: Teléfono:
 Centro de Trabajo: Municipio: Área: Distrito:
 Fuente de notificación: Clínico-asistencial Laboratorio C.M.B.D. Colectivo
 Particular Otras CC.AA. Otras fuentes Especificar:
 Fecha de notificación:/...../..... Semana:

Observaciones:


Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:/...../.....
 Sintomatología:

 Complicaciones (Citar):
 Ingreso en hospital: Si No
 Evolución: Curación Fallecimiento
 Resistencia al tratamiento: Si No

Datos de laboratorio

Fecha de diagnóstico:/...../.....
 Tipo de diagnóstico: De sospecha De confirmación
 Presencia de *Plasmodium*: No Si
 Especie de *Plasmodium*:
P. falciparum *P. vivax*
P. ovale *P. malariae*
P. sp
P. mixtas Especificar:
 Detección de ácido nucleico del *Plasmodium*: No Si

Otros datos epidemiológicos

Continente/país(es) de contagio: Fecha entrada:/...../..... Fecha salida:/...../.....
 Lugar de entrada en España: Fecha entrada:/...../.....
 Motivo de estancia en país(es) endémicos: Turismo Inmigrante Trabajador temporal
 Otros Especificar:
 Quimioprofilaxis: Si Fármaco Cloroquina
 Proguanil
 Mefloquina
 Otros
 No Correcta Incorrecta
 Observaciones:

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área: Teléfono: Fecha de declaración:/...../.....



Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: Nº: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenece a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:/...../.....
 Forma clínica: Peste bubónica Peste septicémica Peste neumónica Peste faríngea
 Sintomatología (citar):
 Ingreso en hospital: Si No Fecha de hospitalización:/...../.....
 Centro: Servicio:
 Tratamiento:
 Evolución: Curación Fallecimiento Fecha:/...../.....

Datos de laboratorio

	Técnica	Fecha	Resultado
Aislamiento <input type="checkbox"/>/...../.....

Otros datos epidemiológicos

Caso: Esporádico Asociado a brote
 Sospechoso/Probable Confirmado
 Autóctono Importado
 Si es importado: Lugar de procedencia del enfermo:
 Lugar de entrada al país:
 Fecha:/...../.....
 Antecedentes de Vacunación: No Si Fecha:/...../.....
 Centro vacunación:

Mecanismo de transmisión:

- De persona a persona
 - Picadura de pulga Especie animal infectada por la pulga:
 - Mordedura o rasguño animal Especie animal:
 - Manipulación tejidos animales infectados
 - Manipulación muestras laboratorio

Medidas adoptadas:

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área: Teléfono: Fecha de declaración:/...../.....



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación
Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de caso de Poliomielitis/
Parálisis flaccida aguda

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

1. PRÓDROMOS (4 semanas antes del inicio de la parálisis):

	si	no	nc		si	no	nc
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S. respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S. orofaríngeos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Decaimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SÍNTOMAS AL INICIO DE LA PARÁLISIS

Fecha de inicio de los síntomas de la parálisis: / /

	si	no	nc		si	no	nc
Letargia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit sistema sensitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parestesias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Días hasta la presentación de la parálisis completa: días

Desarrollo de la parálisis: Ascendente Descendente Bulbar Otra:

3. LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS FLÁCCIDA

Parálisis	si	no	nc	Proximal		Distal	
				Reflejos*	Sensibilidad*	Reflejos*	Sensibilidad*
Brazo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierna derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierna izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ingreso en hospital: Si No Fecha de hospitalización:/...../.....

Centro: Servicio:

*Para reflejos y sensibilidad: M=mayor; m=menor; A=Ausente; N=normal; NS=no sabe

Datos de laboratorio (estudio virológico/bacteriológico/serológico)

Muestra	Fecha de recogida	Fecha de envío	Fecha de recepción	Fecha de resultados	Resultados Aislamientos
1 HECES					
2 HECES					
1 SUERO					
2 SUERO					
L.C.R.					

Punción lumbar: Si No Fecha:/...../..... Proteínas: Glucosa: Células:

Comentarios:
.....
.....



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de caso de Poliomielitis/Parálisis flaccida aguda

Otros datos epidemiológicos

¿Ha recibido vacuna frente a Poliomielitis) No Si

Tipo de vacuna: Oral atenuada (VOP) Inyectable inactivada (VIP) Lote:.....

Nº Dosis recibidas:..... Fechas aproximadas:..... / /
..... / /
..... / /
..... / /

Ultima dosis recibida. Fecha / /

Presenta documento de vacunación No Si

¿Ha realizado un viaje recientemente (<30 días)? No Si

¿Donde? (Detalle lugar) Fecha de regreso / /

¿Ha tenido contacto con vacunados de VOP, 60 días antes del inicio del cuadro? No Si

Fecha del contacto:..... / / Relación:.....

¿Padece algún tipo de inmunodeficiencia? No Si Especificar

Contactos

	Iniciales	Edad	Dosis VOP	Ultima dosis	Recogida muestra	Envío muestra	Resultado	Estudio realizado	Resultado
1									
2									
3									
4									
5									

Evolución clínica

¿Presenta parálisis residual a los 60 días del inicio? No Si Nc

Fecha:..... / / Localización:

Fecha de alta hospitalaria:..... / / Diagnóstico al alta:

Defunción: No Si Fecha / / Causa:

Clasificación definitiva del caso

Polio Compatible con Polio Asociado a vacuna VOP

Descartado Especificar diagnóstico:

Datos del declarante

Fecha de declaración del caso: / / Médico que declara el caso:.....

Centro de Trabajo:..... Teléfono:.....

Municipio:..... Provincia:.....

Fecha de inicio de la investigación epidemiológica:..... / /

A rellenar por el laboratorio receptor

Fecha de recepción:..... / /

Nombre de la persona que recibe las muestras:.....

Estado de las muestras. En buenas condiciones si:

- Temperatura <8°C
- El volumen es adecuado >=8gr. (tamaño nuez)
- Incluye documentación apropiada
- No hay evidencia de humedad o desecación



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de caso de Rabia

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:/...../.....
 Sintomatología:

 Complicaciones (Citar):
 Ingreso en hospital: No Sí Fecha de hospitalización:/...../.....
 Centro: Servicio:

Tratamiento:

Local:
 Vacuna: No Sí Tipo: Lab: Lote: Fecha inicio vacunación: / /
 Pauta: Vía: Región: N° Dosis:
 Control serológico posvacunación: No Sí Fecha: / / Título:
 Inmunoglobulina: No Sí Fecha: / / Dosis: Zona:
 Otros tratamientos:

Evolución: Curación Fallecimiento Fecha:/...../.....

Datos de laboratorio

Fecha:/...../..... Tipo y resultado:

Otros datos epidemiológicos

Caso: Sospechoso/Probable Confirmado
 Datos de la Agresión:
 Fecha:/...../..... Lugar: Provocación previa: No Sí
 Tipo de agresión:

	Cabeza, Cuello	Manos, dedos	Tronco	Pies, pierna	Brazos	Otros (especificar)
Mordedura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laceración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arañazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de lesión:	Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Múltiple <input type="checkbox"/>		

 Datos del animal agresor:
 Animal: Perro Gato Otros domésticos: Citar:
 Salvaje Citar:
 Murciélago Especie:
 Si se trata de perro o gatos: Vacunado: No Sí Fecha:/...../..... Tipo vacuna:
 Observación: No Sí Fechas:/...../..... al/...../.....
 Sacrificio animal: No Sí Fecha:/...../.....
 Diagnóstico de laboratorio: No Sí Fecha:/...../..... Tipo y resultado:

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área: Teléfono: Fecha de declaración:/...../.....



Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: / / Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Signos/Síntomas	Si	No	NS/NC
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Púrpura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Congénita Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinopatía pigmentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningoencefalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microcefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras anomalías: Especificar			

Nació prematuro: Si No
 Edad al diagnóstico del SRC: Años Meses Días
 Fecha de diagnóstico: / /
 Defunción: No Si Fecha de muerte: / / Causa:

Historia materna

Ocupación: Edad al parto: N° nacidos vivos anteriores:
 ¿Recibió asistencia médica durante este embarazo? No Si NC
 ¿Durante este embarazo ha tenido enfermedad semejante a la rubéola? No Si NS/NC
 ¿en qué mes de embarazo?
 Signos clínicos de la enfermedad:
 Fuente de exposición:
 ¿Ha recibido vacuna de rubéola? No Si Fecha / / NC
 Se realizó test serológico de rubéola antes del embarazo o antes de la exposición:
 No Si Fecha / / NS/NC

Datos de laboratorio

Madre	Niño	Tipo muestra	Fecha	Tipo test	Resultado	Laboratorio

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área Teléfono Fecha de declaración / /



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid

Cuestionario de
Notificación de caso de Sarampión

CÓDIGO SAR Prov..... N° caso.....
Fecha de notificación:...../...../..... Hora:.....
Fecha de diagnóstico:...../...../.....

Datos de filiación del enfermo

Apellidos:..... Nombre:.....
Domicilio:..... N°:..... Piso:..... Teléfono:.....
Municipio:..... Código postal:..... Área:..... Distrito:..... Zona Básica:.....
Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Meses Años
País de nacimiento: España Otros Especificar:..... Año de llegada a España:.....
Pertenece a grupos sociales desfavorecidos (especificar):.....

Datos clínicos

Fecha de inicio de los síntomas:...../...../.....

	Si	No	NC	
Exantema maculopapular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio:...../...../..... Duración:..... días
Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio:...../...../.....
Coriza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Placas de Koplik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:.....
Complicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Defunción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Estado vacunal

Vacuna: Si N° dosis:..... Fecha 1ª dosis:...../...../..... Documentada: Si No
No Fecha 2ª dosis:...../...../..... Documentada: Si No

Antecedentes de exposición

¿Ha tenido contacto con un caso confirmado de sarampión en los 7-18 días antes del inicio del exantema?
Si Nombre y apellidos:.....
No
NS

¿Viajó en los 7-18 días antes del inicio del exantema?:
Si Lugar:.....
No



Datos de los colectivos

COLECTIVO 1 Colegio Escuela infantil Familiar C. de Salud Hospital
Lugar de trabajo C. Deportivos Otro:.....

Nombre:

Dirección: Teléfono:

Municipio: Área: Distrito:

*Lugar de la posible exposición dentro del colectivo (aula, autobús, consulta, urgencias, etc.)

*Días de asistencia al colectivo en el período de infectividad

(4 días antes y 4 después de la aparición del exantema): del / / al..... / /

*En los 18 días del seguimiento, ¿han aparecido casos? Si No Cuántos:

Intervención: No Causas de no intervención:

Si Fecha:..... / / Tipo: Información Vacuna Inmunoglobulina

Contactos: Total: Estado vacunal: Completo: Incompleto: No vacunados:

Vacunación: Recomendada:..... Administrada:..... Causas no vacunación:.....

Ig: Recomendada:..... Administrada:..... Causas no administración:.....

Personas que acreditan seroprotección:.....

COLECTIVO 2 Colegio Escuela infantil Familiar C. de Salud Hospital
Lugar de trabajo C. Deportivos Otro:.....

Nombre:

Dirección: Teléfono:

Municipio: Área: Distrito:

*Lugar de la posible exposición dentro del colectivo (aula, autobús, consulta, urgencias, etc.)

*Días de asistencia al colectivo en el período de infectividad

(4 días antes y 4 después de la aparición del exantema): del / / al..... / /

*En los 18 días del seguimiento, ¿han aparecido casos? Si No Cuántos:

Intervención: No Causas de no intervención:

Si Fecha:..... / / Tipo: Información Vacuna Inmunoglobulina

Contactos: Total: Estado vacunal: Completo: Incompleto: No vacunados:

Vacunación: Recomendada:..... Administrada:..... Causas no vacunación:.....

Ig: Recomendada:..... Administrada:..... Causas no administración:.....

Personas que acreditan seroprotección:.....

COLECTIVO 3 Colegio Escuela infantil Familiar C. de Salud Hospital
Lugar de trabajo C. Deportivos Otro:.....

Nombre:

Dirección: Teléfono:

Municipio: Área: Distrito:

*Lugar de la posible exposición dentro del colectivo (aula, autobús, consulta, urgencias, etc.)

*Días de asistencia al colectivo en el período de infectividad

(4 días antes y 4 después de la aparición del exantema): del / / al..... / /

*En los 18 días del seguimiento, ¿han aparecido casos? Si No Cuántos:

Intervención: No Causas de no intervención:

Si Fecha:..... / / Tipo: Información Vacuna Inmunoglobulina

Contactos: Total: Estado vacunal: Completo: Incompleto: No vacunados:

Vacunación: Recomendada:..... Administrada:..... Causas no vacunación:.....

Ig: Recomendada:..... Administrada:..... Causas no administración:.....

Personas que acreditan seroprotección:.....



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid

Cuestionario de
Notificación de caso de Sarampión

Toma de muestras

Sangre serología: Fecha 1ª toma de muestras: / / Fecha 2ª toma de muestras: / /

Sangre cultivo:

Sangre PCR:

Orina (con medio de transporte): Fecha toma de muestra: / /

Exudado faríngeo (con medio de transporte): Fecha toma de muestra: / /

Datos de laboratorio

1. Laboratorio regional de Salud Pública

SUERO	TÉCNICA	FECHA TOMA	RESULTADO	FECHA RESULTADO
1ª MUESTRA	Serología			
2ª MUESTRA	Serología			

En caso de ser negativo a Sarampión:

Rubéola Parvovirus B19: Herpes Virus 6 Otro:

Fecha resultado: / /

2. Laboratorio H. Ramón y Cajal

	TÉCNICA	FECHA TOMA	RESULTADO	FECHA RESULTADO
SANGRE	Aislamiento (Genotipado y Fenotipado)			
ORINA	Aislamiento (Genotipado y Fenotipado)			
EX. FARÍNGEO	Aislamiento (Genotipado y Fenotipado)			

*será necesario tubo heparinizado

Clasificación del caso

1. SEGÚN GRADO DE CERTEZA DIAGNÓSTICO:

Confirmado: Diagnóstico de laboratorio: Con vínculo epidemiológico:

Compatible o que cumple la definición clínica de caso:

Descartado (no-sarampión):

2. SEGÚN SU ORIGEN:

Datos de la notificación

Notificación:

Centro de Trabajo: Teléfono:

Municipio: Área

Fuentes: E.D.O.: Particular: Colectivo: Otros: Especificar:

Observaciones:

.....

.....

Persona que realiza el cuestionario:

.....


Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):
 Nacido vivo: Sí No Fecha de defunción:/...../..... Causa:

Datos clínicos

Sífilis congénita: Precoz Tardía
 Descripción clínica: Signos y/o síntomas:
 Edad al diagnóstico: Años: Meses: Días:

Datos de laboratorio

	Tipo de muestra	Prueba treponémica*	Prueba no treponémica*	Fta-abs Ig M
MADRE				
- 1 ^{er} Trimestre
- 3 ^{er} Trimestre
PADRE
NIÑO

*Indicar la prueba realizada y su resultado cuantificado

Otros datos epidemiológicos

Caso: Sospechoso/Probable Confirmado
MADRE: Edad al parto: N° embarazos: N° nacidos vivos:
 Otros hijos diagnosticados de sífilis congénita: Sí No
 Pareja fija: Sí No N° de parejas en el último año:
 Drogadicción parenteral: No Sí Exdrogadicta
 Serología VIH: Positiva Negativa No realizada
PADRE: Pareja fija: Sí No N° de parejas en el último año:
 Drogadicción parenteral: No Sí Exdrogadicto
 Serología VIH: Positiva Negativa No realizada

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área: Teléfono: Fecha de declaración:/...../.....



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación
Comunidad de Madrid

Formulario de
Notificación de caso de Tétanos neonatal

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: / / Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos y epidemiológicos

Tipo de caso: Sospechoso Probable/Confirmado
 Fecha de inicio de los primeros síntomas: / /
 Descripción clínica: Signos y/o síntomas:
 Evolución: Recuperación Fallecimiento Fecha: / / Desconocida
 Ingreso en hospital: Si No Fecha de hospitalización: / /
 Centro: Servicio:

Completar si el paciente tiene menos de 28 días

¿Ha recibido la madre toxoide tetánico?
 No
 Si N° dosis recibidas Ultima dosis recibida. Fecha: / /
 NS/NC
 ¿Dónde nació el paciente?
 Hospital
 Domicilio
 Otros Especificar:
 Si nació en domicilio: ¿Quién atendió el parto?
 Médico Matrona Otro sanitario Otros
 Instrumento de corte de cordón:

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área Teléfono Fecha de declaración / /



Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:/...../.....
 Sintomatología:

 Complicaciones (Citar):
 Ingreso en hospital: No Si Fecha de hospitalización:/...../.....
 Centro: Servicio:
 Tratamiento:
 Evolución: Curación Fallecimiento Fecha:/...../.....

Datos de laboratorio

Serología realizada: No Si Resultado:
 Fecha toma de muestras: 1ª:/...../..... 2ª:/...../.....

Otros datos epidemiológicos

Caso: Sospechoso/Probable Confirmado
 Factores de riesgo:
 ¿Ha viajado el paciente al extranjero? Si No NS/NC
 En caso afirmativo indicar el país/es y fechas de estancia:
 Medidas Adoptadas:
 1. ¿Se ha aplicado desinfección concurrente? Si No NS/NC
 2. ¿Se ha vigilado a contactos durante 14 días? Si No NS/NC

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área Teléfono Fecha de declaración:/...../.....



Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: Nº: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Fecha de inicio del primer síntoma presentado:/...../.....
 Sintomatología: Náuseas Vómitos Diarrea
 Edema facial Edema orbital Edema (otros)
 Odinofagia Hemorragia conjuntival Cefalea
 Mialgias Fiebre Tos Rash
 Otros
 Complicaciones: Neumonitis Carditis Encefalitis Otras (especificar):
 Ingreso en hospital: No Si Fecha de hospitalización:/...../.....
 Centro: Servicio:

Tratamiento:

Datos de laboratorio

Biopsia muscular: Positiva Negativa No realizada
 Especie de *Trichinella* aislada:
 Eosinófilos:
 Muestras serológicas: Fecha de la toma de muestras: 1º:/...../..... 2º:/...../.....
 Título de anticuerpos a *Trichinella*:

Otros datos epidemiológicos

Caso: Sospechoso/Probable Confirmado
 Esporádico Asociado a brote
 Consumo de alimento sospechoso: No Si Fecha de consumo:/...../.....
 Tipo de alimento: Cerdo
 Jabalí
 Ambos
 Otros Especificar:
 Procedencia del alimento: Matanza doméstica
 Cacería
 Comercial
 Otros Especificar:
 Lugar de la compra o preparación:
 Lugar de consumo:
 Examen de alimento sospechoso: Fecha:/...../..... Positivo Negativo No realizado
 Especie de *Trichinella* aislada:

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área: Teléfono: Fecha de declaración:/...../.....



PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS



DATOS DEL NOTIFICADOR:

Área de notificación Fecha
 Notificador
 Centro notificador Teléfono
 Fuente notificación: EDO Laboratorio Altas A. Patológica Sida Otras (especificar)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

Nombre y apellidos N.º Historia
 Fecha nacimiento Edad Sexo: Hombre Mujer
 Domicilio: Calle Municipio Provincia C.P.
 Área Distrito Teléfono
 País de origen (en extranjeros) Fecha llegada
 Ocupación Centro trabajo o colectivo
 Domicilio del trabajo o del colectivo

DATOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD:

Fecha inicio de síntomas Fecha inicio tratamiento
 Se instauró el tratamiento en: Hospital Atención Primaria Especialista extrahospitalario Otros (especificar)
 Se ha instaurado tratamiento supervisado: Sí No Centro sanitario
 Hospitalización: Sí No Centro hospitalario
 Lugar de seguimiento: Hospital Atención Primaria Especialista extrahospitalario Otros (especificar)

Localización 1:

1. Pulmonar
2. Otra respiratoria
3. Meningea o SNC
4. Intestinal
5. Osteoarticular
6. Genitourinaria
7. Otros órganos
8. Miliar
9. Linfática
10. No procede
99. Desconocido

Localización 2:

1. Pulmonar
2. Otra respiratoria
3. Meningea o SNC
4. Intestinal
5. Osteoarticular
6. Genitourinaria
7. Otros órganos
8. Miliar
9. Linfática
10. No procede
99. Desconocido

Localización 3:

1. Pulmonar
2. Otra respiratoria
3. Meningea o SNC
4. Intestinal
5. Osteoarticular
6. Genitourinaria
7. Otros órganos
8. Miliar
9. Linfática
10. No procede
99. Desconocido

Mantoux: En mm Positivo Negativo Desconocido Otra prueba diagnóstica (especificar)
 Radiología tórax: Indicativa de TB No indicativa de TB No realizada Desconocido
 Caso inicial: Sí No

DATOS DE LABORATORIO:

1.ª Muestra: Espudo

Microscopía: (+) (-) Pendiente
 Cultivo: (+) (-) Pendiente

2.ª Muestra:

..... (*) (especificar si es necesario:)

Histopatología: (+) (-) Pendiente
 Microscopía: (+) (-) Pendiente
 Cultivo: (+) (-) Pendiente

3.ª Muestra:

..... (*) (especificar si es necesario:)

Histopatología: (+) (-) Pendiente
 Microscopía: (+) (-) Pendiente
 Cultivo: (+) (-) Pendiente

Estudio genético cepa: Sí Especificar
 No

Tipo de Micobacteria:

- M. Tuberculosis
- M. Bovis
- M. Africanum

*** MUESTRA**

1. ORINA
2. LÍQUIDO PLEURAL
3. ASPIRADO GÁSTRICO
4. LCR
5. HEMOCULTIVO
6. BRONCOASPIRADO (BAS)
7. LÍQUIDO ARTICULAR
8. LÍQUIDO PERITONEAL
9. OTRA NO BIOPSIA (ESPECIFICAR)
10. BIOPSIA PLEURAL/PULMONAR
11. BIOPSIA OSTEOARTICULAR
12. BIOPSIA ADENOPATÍAS (incluyendo PAAF de ganglio)
13. BIOPSIA RENAL
14. BIOPSIA MÉDULA ÓSEA
15. OTRA BIOPSIA (ESPECIFICAR)

Estudio de Resistencias:

- No resistente a:
 - 7. LÍQUIDO ARTICULAR
 - 8. LÍQUIDO PERITONEAL
 - 9. OTRA NO BIOPSIA (ESPECIFICAR)
 - 10. BIOPSIA PLEURAL/PULMONAR
 - 11. BIOPSIA OSTEOARTICULAR
 - 12. BIOPSIA ADENOPATÍAS (incluyendo PAAF de ganglio)
 - 13. BIOPSIA RENAL
 - 14. BIOPSIA MÉDULA ÓSEA
 - 15. OTRA BIOPSIA (ESPECIFICAR)
- Resistente a:
 - Isoniacida
 - Rifampicina
 - Etambutol
 - Estreptomina
 - Etionamida
 - Otros

SITUACIONES DE RIESGO ASOCIADAS:

Contacto con enfermo TB: Sí No N.º de años desde el contacto
 Forma de contacto: Conviviente
 Frecuente no conviviente
 Institución cerrada
 Laboral
 Esporádicos
 Otros (especificar)

Tabaquismo Sí No Desconocido
 Anticuerpos anti-VIH (+) (-) Desconocido
 Alcoholismo Sí No
 Usuario de drogas por vía parenteral. Sí, actualmente o en últimos 2 años
 Ex-UDVP desde hace 2 años
 No

Chabolismo Sí No
 Indigencia Sí No
 Microepidemia Sí No
 Estancia en penitenciaría en los 2 últimos años . . . Sí No

Pertenece a uno de los siguientes colectivos:

- Centro escolar Sí No
- Residencia Sí No
- Comunidad terapéutica Sí No
- Albergue Sí No
- Prisión Sí No
- Otros (especificar)

Gastrectomía Sí No
 Inmunosupresión Sí No
 Diabetes Sí No
 Silicosis Sí No
 Neoplasia Sí No
 Otros (especificar)

DATOS DE SEGUIMIENTO:

Resumen evolutivo: Recaída Crónica Abandono tratamiento Fracaso terapéutico Fecha fin tratamiento
 Conclusión por: Alta por curación Traslado Éxito por TB Éxito por otra causa Otros (especificar)

ESTUDIO DE CONTACTOS:

	Convivientes		No convivientes		Colectivo	Número de convivientes con el caso
Realizado	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Número de contactos estudiados						
No enfermo/no infectado/no						
Mantoux (+)						
Enfermos						

OBSERVACIONES:

ENVIAR AL DIAGNÓSTICO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO ÍNDICE:
 Nombre y apellidos Fecha de nacimiento Municipio Provincia Edad Sexo: varón mujer
 Domicilio
 Características: Pulmonar BK(+) Extrapulmonar N.º total de convivientes: Resistente a
NOTIFICADOR: Nombre y apellidos Fecha Centro de trabajo
CONTACTOS

	..... años		..... años		..... años		..... años		..... años		..... años		..... años	
	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>		
NOMBRE:	.....														
PRIMER APELLIDO:	.....														
SEGUNDO APELLIDO:	.....														
DOMICILIO (sólo si es de otro área):	.....														
Edad:	..... años														
Sexo:	Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>															
TIPO DE CONTACTO:																
1 Conviviente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 Frecuente no conviviente																
3 Laboral																
4 Otro																
VACUNADO CON B.C.G.:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>															
LECTURA MANTOUX en mm:																
1.º Mantoux	Fecha mm mm															
2.º Mantoux	Fecha mm mm															
RADIOGRAFÍA DE TORAX INDICATIVA DE T.B.C.:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>															
JUICIO CLÍNICO:	No infectado <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/>															
SE LE HA INDICADO QP:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															
	Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>															
DURACIÓN INDICADA PARA LA QP:	6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>															
SEGUIMIENTO CORRECTO DE LA QP:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>															
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO:	.....														
OBSERVACIONES:	.....														

TBC: tuberculosis QP: quimioprofilaxis BK: baciloscopia

ANEXO II. NORMATIVA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

7 *DECRETO 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.*

Transferidas a la Comunidad de Madrid, por Real Decreto 1359/1984, las competencias en materia de Salud Pública y en particular las de Vigilancia Epidemiológica, se considera llegado el momento, después de doce años de gradual evolución, de reordenar el marco normativo que regula la Vigilancia Epidemiológica en nuestra Región.

La Vigilancia Epidemiológica, herramienta básica de la Salud Pública, ha alcanzado en la Comunidad de Madrid el suficiente desarrollo como para conformar un modelo de red descentralizada que, conjugando los niveles Central y de Área Sanitaria, permite abordajes más eficaces y eficientes de los problemas de salud de la población y una más estrecha coordinación con otras redes, como las asistenciales.

La cada vez mayor contribución de la Vigilancia Epidemiológica Regional a las estrategias de prevención y control de las enfermedades, la creciente interrelación con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, y asimismo la cada vez más marcada contextualización de todos los niveles de vigilancia en el marco de la Unión Europea, implican una complejidad creciente y nuevos retos de coordinación, aconsejando ello la mencionada reordenación.

En su virtud, oídas aquellas instituciones que pueden verse afectadas, a propuesta de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión de 19 de diciembre de 1996,

DISPONGO**Artículo 1**

Se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Artículo 2

La Red de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad de Madrid, se define como el conjunto de sistemas de información que, desde una óptica poblacional y de Salud Pública son imprescindibles para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo. Los sistemas que integran la red son:

1. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
2. Sistema de Notificación de Alertas y Brotes Epidémicos.
3. Red de Médicos Centinelas.
4. Registro de SIDA/VIH.
5. Registro de Tuberculosis.
6. Sistema de Información Microbiológica.
7. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles.
8. Encuestas periódicas de Serovigilancia.
9. Sistemas de Información sobre Morbilidad Hospitalaria.
10. Sistemas de Información sobre Morbilidad en Atención Primaria y otros Sistemas que aporten información indirecta sobre Morbilidad.
11. Sistemas de Información de Mortalidad.
12. Sistemas de Información Medioambiental.

Los cuatro últimos Sistemas (9, 10, 11 y 12) son gestionados por otras Instituciones diferentes de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, las cuales también vienen obligadas a facilitar la información necesaria para la vigilancia epidemiológica.

Asimismo, la Red integrará cualesquiera otra información o sistemas de información que se desarrollen en el futuro y puedan resultar útiles y convenientes a efectos de vigilancia epidemiológica en la Comunidad de Madrid.

Se establecerán los mecanismos necesarios de participación y coordinación de los distintos Sistemas que integren la Red, con el fin de garantizar la calidad de la información.

Artículo 3

Será finalidad de la Red contribuir a la prevención y control de la enfermedad, difundiendo la información y recomendaciones a los niveles operativos competentes mediante la recogida y análisis de datos de las enfermedades y factores de riesgo en cuanto a persona, lugar y tiempo.

Artículo 4

Dicha Red dependerá de la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Artículo 5

Será competencia de la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud a través de la Red: poner en funcionamiento, desarrollar, coordinar, analizar y evaluar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el ámbito de la Comunidad de Madrid, estableciendo las medidas pertinentes para garantizar la calidad y homogeneidad de la información, así como para la precisa y necesaria conexión entre la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones para la prevención y control de la enfermedad por parte de las autoridades competentes.

Artículo 6

La Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, velará por el estricto cumplimiento de la normativa sobre confidencialidad de los datos, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, así como lo también dispuesto a nivel de la Comunidad de Madrid en el Decreto 78/1994, sobre medidas provisionales en materia de ficheros automatizados de datos de carácter personal, Ley 13/1995 sobre regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales y Ley 12/1995 de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Artículo 7

Orgánicamente la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, queda constituida como sigue:

Nivel Director: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Nivel Central: Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.

Nivel Área Sanitaria: Servicios de la Salud Pública de Área de la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.

Artículo 8

Las funciones asignadas a la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud son:

- La superior organización y Dirección de las actividades de la Red de Vigilancia de la Comunidad de Madrid.
- Adoptar medidas especiales en materia de salud pública en el ámbito de la Comunidad de Madrid.
- Elaborar y proponer la normativa correspondiente.
- Sancionar el incumplimiento de la presente normativa, cuando proceda.
- Coordinar las acciones en materia de Vigilancia a nivel interinstitucional.
- Apoyar las intervenciones de los demás niveles en circunstancias especiales, reorganizando y reforzando las unidades o Servicios que así lo requieran.

Las funciones en referencia al resto de niveles, nivel Central y Área, serán desarrolladas en las correspondientes Ordenes o reglamentos de régimen interno.

Artículo 9

Funcionalmente la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, queda constituida por toda la Red Sanitaria Regional tanto Pública como Privada, que será la responsable de las notificaciones de casos.

Artículo 10

Los Directores de Centros Sanitarios públicos y privados, tanto de la Atención Primaria como de la Especializada, vienen obligados a facilitar y apoyar la organización de las tareas de la vigilancia epidemiológica y a los profesionales sanitarios en la notificación de los datos, en su correspondiente Centro.

Artículo 11

Ante una situación de brote epidémico o de riesgo para la población de la Comunidad de Madrid, toda la Red Asistencial, tanto Pública como Privada, viene obligada a cooperar con las autoridades de Salud Pública, proporcionando la información necesaria para la investigación, así como colaborando en la toma de medidas para el control del brote epidémico y/o riesgo poblacional.

Artículo 12

Los Servicios de Medicina Preventiva Hospitalarios quedarán especialmente vinculados a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, debiéndose desarrollar, cuando sea necesario, los adecuados acuerdos con la Institución de la cual dependan.

Artículo 13

El incumplimiento de lo dispuesto en la presente normativa, constituirá infracción sanitaria de acuerdo con lo previsto en los artículos 32 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dando lugar a la imposición de la sanción correspondiente, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 36 de la citada Ley.

DISPOSICION DEROGATORIA UNICA

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en el presente Decreto y, en particular:

1. Decreto 143/1985, de 20 de diciembre, por el que se aprueba la normativa para la notificación de enfermedades de declaración obligatoria en la Comunidad de Madrid.
2. Decreto 46/1988, de 21 de abril por el que se establece como obligatoria la declaración de los datos de SIDA, así como la notificación globalizada (no nominal) de los diagnósticos de laboratorio sobre infección por el VIH en la Comunidad de Madrid.
3. Decreto 11/1989, de 26 de enero, por el que se modifica la normativa para la notificación de enfermedades de declaración obligatoria en la Comunidad de Madrid.
4. Orden de 16 de octubre de 1986, que desarrolla el Decreto 143/1985, de 20 de diciembre, por el que se aprueba la normativa para la notificación de enfermedades de declaración obligatoria en la Comunidad de Madrid.
5. Orden 48/1989, de 17 de febrero, por la que se modifican los impresos de notificación de enfermedades de declaración obligatoria para la Comunidad de Madrid, aprobados por Orden de 16 de octubre de 1986.

DISPOSICION FINAL PRIMERA

Se faculta a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales para dictar cuantas disposiciones estime necesarias para el desarrollo y cumplimiento del presente Decreto.

DISPOSICION FINAL SEGUNDA

El presente Decreto entrará en vigor el día 1 de enero de 1997. Dado en Madrid, a 19 de diciembre de 1996.

La Consejera de Sanidad
y Servicios Sociales,
ROSA POSADA

El Presidente,
ALBERTO RUIZ-GALLARDON

(03/9.722/96)

I. COMUNIDAD DE MADRID

A) Disposiciones Generales

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

129 *ORDEN 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, para el desarrollo del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, en lo que se refiere a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, a las Situaciones Epidémicas y Brotes, y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).*

La notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria, de Situaciones Epidémicas y Brotes, y de SIDA e Infección por VIH, constituye una pieza clave del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, y tiene como finalidad la detección precoz de problemas de salud para facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población. En este proceso los profesionales sanitarios son los cimientos del sistema de vigilancia y sin su participación constante y responsable no sería posible conseguir la protección adecuada de la salud de la población madrileña.

En consecuencia, y a fin de conseguir un mejor control de las enfermedades transmisibles y brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid,

DISPONGO

Capítulo I

Declaración Obligatoria de Enfermedades

Artículo 1

Las Enfermedades de Declaración Obligatoria en la Comunidad de Madrid son las que se detallan a continuación:

1. Botulismo.
2. Brucelosis.
3. Cólera.
4. Difteria.
5. Disentería.
6. Enfermedad Invasiva por *Haemophilus Influenzae*.
7. Enfermedad Meningocócica.
8. Fiebre amarilla.
9. Fiebres tifoidea y paratifoidea.
10. Gripe.
11. Hepatitis A.
12. Hepatitis B.
13. Hepatitis víricas, otras.
14. Infección gonocócica.
15. Legionelosis.
16. Leishmaniasis.
17. Lepra.
18. Meningitis bacterianas y víricas, otras.
19. Paludismo.
20. Parálisis flácida aguda (en menores de quince años).
21. Parotiditis.
22. Peste.
23. Poliomiелitis.
24. Rabia.
25. Rubéola.

26. Rubéola congénita.
27. Sarampión.
28. Sífilis.
29. Sífilis congénita.
30. Tétanos.
31. Tétanos neonatal.
32. Tifus exantemático.
33. Tos Ferina.
34. Triquinosis.
35. Tuberculosis respiratoria.
36. Tuberculosis, otras.
37. Varicela.

La declaración obligatoria se refiere a los casos nuevos, con diagnóstico de sospecha, de estas enfermedades, detectados durante la semana en curso, y en base a la definición de caso de enfermedad que se establezca.

El SIDA/VIH es, también, una enfermedad de notificación obligatoria, pero dadas sus especiales características, requiere de un sistema de vigilancia específico que se desarrolla en el capítulo III de esta misma Orden.

Artículo 2

Todos los médicos en ejercicio en la Comunidad de Madrid, tanto del sector público como privado, están obligados a declarar, ajustándose a las modalidades de notificación reguladas para cada caso.

Otros profesionales sanitarios (farmacéuticos, veterinarios, diplomados en enfermería, etcétera) en el supuesto de detectar alguna de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria, vienen asimismo obligados a ponerlo en conocimiento de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

No obstante, toda persona que sospeche la existencia de un caso de las enfermedades citadas, deberá ponerlo también en conocimiento de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

Artículo 3

La semana es la unidad básica temporal para la notificación de los casos en todos los niveles de la Red.

A estos efectos la semana acaba a las veinticuatro horas del sábado.

La información numérica y la declaración semanal con datos epidemiológicos básicos deberá enviarse a los Servicios de Salud Pública de Área el lunes siguientes al cierre de la semana epidemiológica.

Artículo 4

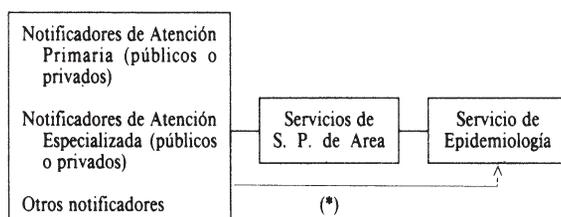
A los efectos de notificación de las enfermedades incluidas en la lista en el artículo 1, se establecen las siguientes modalidades de notificación con carácter excluyente:

1. Declaración urgente con datos epidemiológicos básicos: Cólera, Fiebre amarilla, Peste, Difteria, Botulismo, Enfermedad Meningocócica, Meningitis bacterianas, Triquinosis, Poliomiелitis, Rabia, Tifus exantemático, Parálisis Flácida Aguda, Enfermedad Invasiva por *Haemophilus Influenzae*. Este grupo de enfermedades se notificará con carácter de urgencia y por el medio más rápido posible a los Servicios de Salud Pública del Área Sanitaria correspondiente o en su defecto al Servicio de Epidemiología.

2. Declaración semanal con datos epidemiológicos básicos: El resto de enfermedades, con la excepción de la gripe y la varicela, se declararán por este sistema en los impresos oficiales, que deberán ser enviados al Servicio de Salud Pública de Área cuando finalice la semana a efectos de notificación, tal como se indica en el artículo 3.
3. Declaración semanal sólo numérica: Gripe y Varicela. Se realizará en los impresos oficiales, que deberán ser enviados al Servicio de Salud Pública de Área cuando finalice la semana a efectos de notificación, tal como se indica en el artículo 3.

Artículo 5

Los Directores de los Centros Sanitarios o en su caso el Coordinador de Equipo de Atención Primaria, designará el servicio y/o la persona responsable de la recogida de la información y la transmisión de la misma, en su ámbito de competencia, de la manera que consideren más conveniente y de acuerdo con el siguiente circuito de notificación:



(*) Excepcionalmente, cuando no sea posible notificar directamente al Servicio de Salud Pública de Área.

Capítulo II*Notificación de situaciones epidémicas y brotes***Artículo 6**

A efectos de notificación se considerará brote o situación epidémica:

1. La aparición de dos o más casos de la misma enfermedad asociados en tiempo, lugar y persona.
2. 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 del período de incubación o de latencia podrá ser considerado, también, indicativo de brote.
3. La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella.
4. La presencia de cualquier proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, imputable a causa accidental, manipulación o consumo.
5. La aparición de cualquier incidencia de tipo catastrófico que afecte, o pueda afectar, a la salud de la comunidad.

Artículo 7

La notificación de un brote o situación epidémica es obligatoria y urgente y se realizará por el medio más rápido posible a los Servicios de Salud Pública de Área Sanitaria o en su defecto al Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid. Estos a su vez mantendrán una línea de información urgente y bidireccional hasta que haya cesado la situación o eliminado el brote.

Artículo 8

Están obligados a declarar cuando detecten un brote o situación epidémica, todos los colectivos que incluye el artículo 2 de la presente Orden. Además, están obligados a declarar los responsables de otras instituciones y establecimientos no sanitarios, cuando en su ámbito de competencia se produzca una situación de esa naturaleza (militares, laborales, docentes, oficinas de información al consumidor y empresas de restauración).

Capítulo III*Vigilancia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)***Artículo 9**

Corresponde a la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales la vigilancia epidemiológica del SIDA y de la infección por VIH a través del Registro Regional de SIDA/VIH del Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid.

Artículo 10

El Registro Regional de SIDA/VIH recoge, analiza y difunde información sobre los casos de SIDA, la infección por el VIH y los accidentes en personal sanitario con material potencialmente contaminado por el VIH.

Artículo 11

Se establece como obligatoria la notificación de los casos de SIDA por parte de los médicos, tanto del sector público como privado, que diagnostiquen al enfermo, quienes de forma inmediata al diagnóstico lo notificarán al Registro de SIDA/VIH de la Comunidad de Madrid, en el cuestionario oficial y según los criterios adoptados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Artículo 12

En referencia a la vigilancia epidemiológica de la infección por VIH:

1. Se establece como obligatoria la notificación globalizada (no nominal) de los resultados de laboratorio sobre infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Aquellos laboratorios de la Comunidad de Madrid, tanto públicos como privados, que realicen dicho tipo de diagnóstico, lo notificarán con la periodicidad, soporte físico (impresos) y criterios que establezca la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.
2. Se establece como obligatoria, por parte de los Servicios de Medicina Preventiva o Unidades de Medicina Laboral, la notificación (no nominal) de los accidentes en personal sanitario con material potencialmente contaminado por VIH. La notificación se realizará con la periodicidad, soporte físico (impresos) y criterios que establezca la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.

Capítulo IV*Disposiciones de carácter general***Artículo 13**

El incumplimiento de la notificación de alguna de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, Brote Epidémico y SIDA/VIH dará lugar a la imposición de las sanciones previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad. Situación que se recoge en el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre.

Artículo 14

La información sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria, Brotes Epidémicos y SIDA/VIH será publicada periódicamente en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

Artículo 15

Con objeto de homologar criterios de caso susceptible de notificación y de facilitar a los profesionales sanitarios dicha actividad, será elaborado y difundido un manual de normas y procedimientos por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Artículo 16

Son funciones de los diferentes niveles de la Red de Vigilancia las que establece el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre,

y en relación a las Enfermedades de Declaración Obligatoria y a la notificación de Situaciones Epidémicas y Brotes las que se enumeran a continuación.

Servicio de Epidemiología:

- Analizar la situación de salud en la Comunidad de Madrid en base a los resultados de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, de los Brotes Epidémicos y del SIDA/VIH, formulando cuantas recomendaciones considere oportunas, difundiendo la información a los diferentes niveles de la Red y a otras Instituciones cuando proceda.
- Coordinar las actividades de vigilancia y la investigación de Brotes Epidémicos de los Servicios de Salud Pública de Área, cuando la situación afecte a más de un área, formulando las recomendaciones oportunas y difundiendo la información en su nivel de competencia.
- Apoyar las intervenciones de los Servicios de Salud Pública de Área cuando las circunstancias epidemiológicas lo requieran.

Servicios de Salud Pública de Área a través de sus Secciones de Epidemiología:

- Recoger, depurar, analizar, interpretar y evaluar la situación de salud del Área Sanitaria en base a los resultados de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y de los Brotes Epidémicos, formulando cuantas recomendaciones considere oportunas, difundiendo la información en su nivel de responsabilidad y realizando las comunicaciones pertinentes al Servicio de Epidemiología.
- Comunicar urgentemente al Servicio de Epidemiología

cualquier brote o alerta epidémica que exceda del ámbito del Área.

- Investigar los Brotes epidémicos y alertas que se detecten en el Área Sanitaria.
- Adoptar las medidas de prevención y control en su ámbito de competencia.

DISPOSICION TRANSITORIA

Los impresos actualmente en vigor a efectos de notificación de enfermedades seguirán estándolo hasta tanto se aprueben los impresos y el manual de normas y procedimientos.

DISPOSICION DEROGATORIA

Única

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en la presente Orden.

DISPOSICION FINAL

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Madrid, 15 de enero de 1997.

La Consejera de Sanidad
y Servicios Sociales,
ROSA POSADA

(03/1.096/97)

Consejería de Sanidad

1752 *ORDEN 186/2001, de 9 de mayo, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica la notificación del sarampión en la Comunidad de Madrid.*

En el marco de la estrategia de eliminación del sarampión en España, que en consonancia con la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud se plantea el objetivo de eliminación del sarampión autóctono para el año 2007, encuentra su sentido el Plan de Eliminación del Sarampión de la Comunidad de Madrid. Entre otras medidas, este Plan persigue potenciar la vigilancia epidemiológica del sarampión, así como la intervención inmediata ante la aparición de un caso, con el objeto de evitar la transmisión de la enfermedad.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, creó la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, y la Orden 9/1997, de 15 de enero, desarrolló el anterior en materia de Enfermedades de Declaración Obligatoria, estableciendo la notificación del sarampión como de declaración semanal. Ahora se hace necesario, en función del objetivo planteado de eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid, que la notificación del sarampión pase a ser de declaración urgente.

En consecuencia, y en uso de las facultades atribuidas en la Disposición Final Primera del citado Decreto 184/1996, y en el artículo 41.d) de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid.

DISPONGO

Artículo único

Establecer la notificación del sarampión como de declaración obligatoria urgente, para lo cual el sarampión se considerará incluido, a todos los efectos, en el apartado 1 del artículo 4 de la Orden 9/1997, de 15 de enero, que regula la declaración urgente con datos epidemiológicos básicos, de las rúbricas contenidas en el mismo.

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA

Se faculta al Director General de Salud Pública a dictar cuantas Resoluciones estime necesarias para el desarrollo y cumplimiento de la presente Orden.

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Dado en Madrid, a 9 de mayo de 2001.

El Consejero de Sanidad,
JOSÉ IGNACIO ECHÁNIZ

(03/10.547/01)

I. COMUNIDAD DE MADRID

A) Disposiciones Generales

Consejería de Sanidad

1525 *ORDEN 150/2001, de 18 de abril, del Consejero de Sanidad, por la que se regula la vigilancia epidemiológica de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) en la Comunidad de Madrid.*

Aunque la vigilancia epidemiológica de las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH), fundamentalmente la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ), ya se viene realizando desde años en la Comunidad de Madrid, ahora se hace necesaria su regulación específica, tanto para elevar los niveles de eficacia en la vigilancia de estas enfermedades, como para reforzar la coordinación de las acciones entre los ámbitos regional y estatal, y en especial dar respuesta a lo dispuesto en la Orden de 21 de febrero de 2001 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el cual fue creada la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, contempla en su artículo 2 el desarrollo de aquellos sistemas de vigilancia epidemiológica que fuesen necesarios para la prevención y/o control de nuevas enfermedades y/o problemas emergentes de salud. Asimismo, la Orden 9/1997, de 15 de enero, desarrolla el citado decreto en materia de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Ahora procede, por una parte, modificando lo dispuesto en el artículo 1 de la Orden 9/1997, de 15 de enero, a efectos de introducir las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) como Enfermedades de Declaración Obligatoria; y por otra, crear el Registro de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob de la Comunidad de Madrid, al amparo de lo dispuesto en el artículo 2, en relación con la Disposición Final Primera del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre.

En consecuencia y en uso de las facultades atribuidas en la Disposición Final Primera del citado Decreto 184/1996, y en el artículo 41.d) de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid,

DISPONGO

Artículo 1

Se establecen como enfermedades de declaración obligatoria las siguientes encefalopatías espongiformes transmisibles en humanos (EETH): Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ), la Variante de la Enfermedad, el Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker y el Insomnio Familiar Fatal.

Artículo 2

Se crea el Registro Regional de Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, en adelante Registro de Creutzfeldt-Jacob, que será el instrumento a través del cual se organice y coordine la vigilancia

epidemiológica de los casos de encefalopatías espongiformes transmisibles en humanos, en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Artículo 3

Los médicos en ejercicio de la Comunidad de Madrid, tanto del sector público como privado, vienen obligados a notificar al Registro los casos con diagnóstico de sospecha de encefalopatía espongiforme transmisible en humanos, en el cuestionario oficial de la Comunidad de Madrid y en un plazo de cuarenta y ocho horas.

Artículo 4

El Registro de Creutzfeldt-Jacob dependerá orgánicamente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

Artículo 5

El Registro de Creutzfeldt-Jacob será gestionado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, en el marco de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Artículo 6

1. El tratamiento de los datos del "Registro de Creutzfeldt-Jacob", previa su notificación en los impresos oficiales de la Comunidad de Madrid, se realizará en el fichero SNEDO con el número de registro 1973170387 en la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid y el código 1991030023 en la Agencia de Protección de Datos Estatal.

2. La Dirección General de Salud Pública velará por el estricto cumplimiento de la normativa sobre confidencialidad de los datos obrantes en el fichero "Registro de Creutzfeldt-Jacob", según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 13/1995, de 21 de abril, de Regulación del Uso de la Informática en el Tratamiento de Datos Personales por la Comunidad de Madrid, modificada mediante Ley 13/1997, de 16 de junio, el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan datos de carácter personal y la Ley 12/1995, de 21 de abril, de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Artículo 7

El incumplimiento de lo establecido en esta Orden constituirá infracción de carácter sanitario y dará lugar a la imposición de las sanciones correspondientes, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 32 al 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se faculta al Director General de Salud Pública para dictar cuantas resoluciones resulten necesarias para el desarrollo y cumplimiento de la presente Orden.

Segunda

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.
Dada en Madrid, a 18 de abril de 2001.

El Consejero de Sanidad,
JOSÉ IGNACIO ECHÁNIZ

(03/9.546/01)

Consejería de Sanidad

1309 *ORDEN 130/2001, de 29 de marzo, del Consejero de Sanidad, por la que se regula el Registro Regional de Casos de Tuberculosis como sistema específico de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.*

La Comunidad de Madrid, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 27.4 de su Estatuto de Autonomía, tiene atribuida, en el marco de la legislación básica del Estado, el desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria y la ejecución en materia de Sanidad e Higiene.

Mediante Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, le fueron transferidas a la Comunidad de Madrid las funciones relativas al estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de los procesos que inciden, positiva y negativamente, en la salud humana.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, creó la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, estableciendo en su artículo 2, que uno de los sistemas de información que integran dicha Red, es el Registro de Tuberculosis; creándose, a raíz de ello, mediante el Decreto 133/1997, de 16 de octubre, el fichero automatizado de datos de carácter personal, "Registro de Tuberculosis". Asimismo, la Orden 9/1997, de 15 de enero, regula como enfermedad de declaración obligatoria, la tuberculosis, en sus distintas variantes de presentación clínica.

Por otro lado, mediante la Orden 145/1995, de 8 de febrero, se creó la Comisión Regional del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid —renovada y actualizada mediante Orden 130/2000, de 30 de marzo— entre cuyas funciones se encuentra la promoción, coordinación y supervisión del desarrollo y funcionamiento de dicho Programa. Además, mediante Resolución 173/2000, de 2 de octubre, de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, se creó la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid, una de cuyas funciones es la de asesoría al Registro Regional de Casos de Tuberculosis.

El Registro Regional de Casos de Tuberculosis, que en el marco de dicho Programa constituye una herramienta fundamental para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, ha venido experimentando, desde su implantación en el año 1994, un creciente desarrollo como consecuencia de la gestión descentralizada de las notificaciones y búsqueda activa de casos a través de los Servicios de Salud Pública de Área, así como la cada vez más eficiente interacción de la Salud Pública con las Redes Asistenciales.

En consecuencia, se hace necesaria una regulación normativa del Registro Regional de Casos de Tuberculosis, desarrollando a tales efectos el mencionado Decreto 184/1996, de 19 de diciembre.

En uso de las facultades atribuidas en la Disposición Final Primera del citado Decreto 184/1996, y en el artículo 41.d) de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid,

DISPONGO

Artículo Primero

Objeto

La presente Orden tiene por objeto la regulación, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, del Registro Regional de Casos de Tuberculosis (en adelante Registro de Tuberculosis) como sistema específico para la vigilancia epidemiológica de los casos de enfermedad tuberculosa, en el marco de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

Artículo Segundo

Fines del Registro

La vigilancia epidemiológica de los casos de enfermedad tuberculosa, en el ámbito de la Comunidad de Madrid, se hará a través del Registro de Tuberculosis, cuya principal finalidad es conocer las características de la enfermedad, su incidencia, prevalencia y evolución; así como contribuir a evaluar las intervenciones del Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Artículo Tercero

Dependencia orgánica

El Registro de Tuberculosis dependerá orgánicamente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

Artículo Cuarto

De la gestión

El Registro de Tuberculosis será gestionado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, como responsable de la vigilancia epidemiológica de nivel regional, el cual será a su vez asistido y asesorado por la Subcomisión de Vigilancia Epidemiológica del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

En el ámbito de las Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid, serán los correspondientes Servicios de Salud Pública de Área los responsables de la vigilancia epidemiológica de primer nivel de los casos de tuberculosis y la transmisión de la información al referido Registro.

Artículo Quinto

De la notificación del caso de enfermedad tuberculosa

1. Están obligados a la notificación de los casos de enfermedad tuberculosa: Los Médicos Generales y Especialistas, conforme a lo previsto en el artículo 4.2 de la Orden 9/1997, de 15 de enero; los Laboratorios de Microbiología que realicen baciloscopia y/o cultivo y/o tipado de micobacterias, Servicios de Anatomía Patológica y Servicios de Medicina Preventiva.

2. Constituyen fuentes complementarias de información para el Registro de Tuberculosis, entre otras, las siguientes:

- El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, a través de los Servicios de Admisión.
- Servicios de Farmacia Hospitalaria.
- El Registro Regional de SIDA/VIH.
- Sistemas de Información de Sanidad Penitenciaria.
- Sistemas de Información de Sanidad Militar.
- Los Servicios de Prevención de Empresas (Salud Laboral).
- Sistema de Información de la Dirección General de Salud Pública sobre los servicios efectuados por las Empresas Funerarias de la Comunidad de Madrid.

3. Además de su carácter obligatorio, la notificación se realizará con carácter urgente en aquellos casos de enfermedad tuberculosa que cursen con baciloscopia de esputo positiva.

4. La notificación o, en su caso, declaración, de los casos de enfermedad tuberculosa, se ajustará al protocolo de notificación que se establezca por la Dirección General de Salud Pública, que deberá contener, al menos, la información que se indica en el Anexo a esta Orden.

5. La notificación a que se ha hecho referencia en los apartados precedentes, deberá enviarse a los Servicios de Salud Pública del Área correspondiente, o en su defecto al Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.

6. Asimismo están obligados a facilitar la búsqueda activa de casos, todos los responsables de las fuentes de información indicadas en el apartado 2 de este artículo, y en especial los Directores de los Centros Sanitarios implicados.

Artículo Sexto

De la notificación del seguimiento del caso de enfermedad tuberculosa

Por parte del médico responsable del seguimiento evolutivo y de la adhesión al tratamiento del caso de enfermedad tuberculosa, se notificará a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de Área, las informaciones más relevantes, tales como: Finalización del tratamiento y causas que la han motivado; aparición de resistencias antibióticas; derivación, pérdida del caso y cualquier otra información que, a juicio del médico, sea importante desde el punto de vista de salud pública.

Artículo Séptimo*De la realización de los estudios de contactos y su notificación*

1. El médico responsable del caso de enfermedad tuberculosa está obligado a que se realice el correspondiente estudio de contactos, así como de su notificación a la Sección de Epidemiología del Servicio de Salud Pública de Área.

2. En el supuesto de que el caso índice se refiera a un colectivo (Colegio, Empresa, Residencia de Ancianos, etcétera), el médico responsable coordinará previamente su actuación con la Sección de Epidemiología del correspondiente Servicio de Salud Pública de Área.

Artículo Octavo*De la difusión de la información*

1. La información generada a partir de los datos del Registro Regional de Tuberculosis, será publicada en el "Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid", y asimismo será difundida a través de los Informes de los Servicios de Salud Pública de las Áreas cuando los casos en cuestión se refieran a cada una de dichas Áreas, sin perjuicio de cualquier otro medio de difusión que proceda.

2. Dicha información se basará, en todo caso, en la consideración conjunta de datos disociados, preservándose absolutamente el deber de confidencialidad a que se alude en el artículo siguiente.

Artículo Noveno*De la confidencialidad de los datos*

La Dirección General de Salud Pública velará por el estricto cumplimiento de la normativa sobre confidencialidad de los datos obrantes en el fichero "Registro de Tuberculosis", creado mediante Decreto 133/1997, de 16 de octubre, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 13/1995, de 21 de abril, de Regulación del Uso de la Informática en el Tratamiento de Datos Personales por la Comunidad de Madrid, modificada mediante Ley 13/1997, de 16 de junio, el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan datos de carácter personal y la Ley 12/1995, de 21 de abril, de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Artículo Décimo*Régimen sancionador*

El incumplimiento de lo establecido en esta Orden, constituirá infracción de carácter sanitario y dará lugar a la imposición de las sanciones correspondientes, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 32 al 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se faculta a la Dirección General de Salud Pública para dictar cuantas Resoluciones resulten necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Orden.

Segunda

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Dada en Madrid, a 29 de marzo de 2001.

El Consejero de Sanidad,
JOSÉ IGNACIO ECHÁÑIZ

ANEXO

**EPÍGRAFES QUE OBLIGATORIAMENTE HABRÁN
DE FIGURAR EN EL PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN
DE LA TUBERCULOSIS**

- Datos de la notificación.
- Fuentes de información.
- Datos de identificación del paciente.

- Datos sobre el diagnóstico de la enfermedad.
- Datos de laboratorio.
- Situaciones de riesgo asociadas.
- Situación previa al inicio del tratamiento del episodio de entrada al Registro.
- Evolución dentro del episodio que ha motivado la entrada al Registro.
- Salida del Registro.
- Estudio de contactos.

(03/7.894/01)

ANEXO III.

TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

SERVICIO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
Servicio de Epidemiología	C/ Julián Camarillo, nº4. Edificio B 28037 MADRID	91 / 205 22 20	91 / 204.01.73
Área 1	C/ Valdebernardo, 26 posterior 28030 MADRID	91 / 301.63.30	91 / 301.63.33
Área 2	C/ Océano Pacífico, s/n, 28821 COSLADA	91 / 204 49 30	91 / 204 38 22
Área 3	C/ Reyes Magos s/n, 28806 ALCALÁ DE HENARES	91 / 880 60 07 91 / 879 73 40	91 / 882 84 06
Área 4	C/ Albazanz, 2-2º 28037 MADRID	91 / 406 23 26	91 / 368 98 22
Área 5	Avda. de Bruselas 38, Edificio A, 1ª planta 28108 ALCOBENDAS	91 / 490 41 10 91 / 490 41 30	91 / 661 42 96
Área 6	Avda. Guadarrama, 4 28220 MAJADAHONDA	91 / 634 91 16	91 / 634 94 73
Área 7	C/ Maudes, 32 – 2ª 28003 MADRID	91 / 553 10 08	91 / 554 76 10
Área 8	Avda de Leganés, 25. 28925 ALCORCÓN	91 / 642 58 77 91 / 642 58 05	91 / 642 59 44
Área 9	Avda Rey Juan Carlos I, 84 – 1º 28916 LEGANÉS	91 / 685 00 50	91 / 686 38 11
Área 10	C/ Juan de la Cierva s/n, 28901 GETAFE	91 / 683 94 80 91 / 683 95 88	91 / 683 58 31
Área 11	C/ Plaza Parejas, 11 28300 ARANJUEZ C/ Benimamet 24, A-20 28021 MADRID	91 / 892 90 10 91 / 892 90 11 91 / 797 39 86 91 / 797 46 19	91 / 891 01 66 91 / 798 01 32
Sistema de Alertas de Salud Pública (en funcionamiento de 15.00 a 8.00 horas de lunes a viernes y las 24 horas los fines de semana y festivos)		061	

DOCUMENTOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA PUBLICADOS

- Nº 1 Guía para el diagnóstico y manejo del Asma.
 Nº 2 Sida y Escuela.
 Nº 3 La salud bucodental en la población infantil en la Comunidad de Madrid.
 Nº 4 El discurso de las personas ex fumadoras en torno al consumo de tabaco.
 Nº 5 Alcohol y Salud.
 Nº 6 Actualizaciones sobre Tabaco y Salud.
 Nº 7 Protocolo de actuación en brotes causados por la ingesta de alimentos.
 Nº 8 Mortalidad por cáncer en la Comunidad de Madrid, 1986-1989. Análisis geográfico.
 Nº 9 La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
 Nº 10 Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
 Nº 11 Discurso del personal sanitario de la Comunidad.
 Nº 12 Protocolo de actuación ante una meningitis de cualquier etiología.
 Nº 13 Residuos de plaguicidas organoclorados en alimentos de origen animal consumidos en la Comunidad de Madrid.
 Nº 14 Manual de Inmunizaciones.
 Nº 15 Recomendaciones para el control de emergencias epidemiológicas en centros escolares.
 Nº 16 La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
 Nº 17 Actitudes ante el Asma. Los asmáticos y profesionales opinan.
 Nº 18 Encuesta de nutrición en la Comunidad de Madrid.
 Nº 19 La cultura del alcohol de los adultos en la Comunidad de Madrid.
 Nº 20 Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid.
 Nº 21 Protocolo de actuación ante la fiebre tifoidea.
 Nº 22 Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.
 Nº 23 Factores determinantes de los hábitos y preferencias alimenticias en la población adulta de la Comunidad de Madrid.
 Nº 24 Guía para realizar un análisis de riesgos en la industria.
 Nº 25 Guía para la realización de Auditorías medioambientales en las empresas.
 Nº 26 Guía de actuación frente a la zoonosis en la Comunidad de Madrid.
 Nº 27 La influencia de los adultos en los comportamientos de los adolescentes de 14 a 16 años escolarizados en la Comunidad de Madrid.
 Nº 28 Encuesta tuberculina. Comunidad de Madrid. Curso 1993-1994.
 Nº 29 II Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid.
 Nº 30 Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid.
 Nº 31 Manual de buenas prácticas higiénico-sanitarias en comedores colectivos.
 Nº 32 Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid.
 Nº 33 El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo.
 Nº 34 La actividad física en la población adulta de Madrid.
 Nº 35 Los accidentes infantiles en la Comunidad de Madrid.
 Nº 36 Factores que determinan el comportamiento alimentario de la población escolar en la Comunidad de Madrid.
 Nº 37 La diabetes del adulto en la Comunidad de Madrid.
 Nº 38 Diagnóstico microbiológico de tuberculosis en laboratorios de primer orden.
 Nº 39 La salud bucodental en la población anciana institucionalizada de la Comunidad de Madrid.
 Nº 40 Fauna tóxica en la Comunidad de Madrid.
 Nº 41 La menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos sociosanitarios.
 Nº 42 Dietas mágicas.
 Nº 43 Guía de aplicación del sistema A.R.I.C.P.C. en establecimientos de producción y almacenamiento de carnes frescas.
 Nº 44 Guía para la prevención y control de infecciones que causan meningitis.
 Nº 45 Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños.
 Nº 46 Programa regional de prevención y control de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
 Nº 47 Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid.
 Nº 48 Lasa representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid.
 Nº 49 Manual de buenas prácticas para el control de vectores y plagas.
 Nº 50 Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños.
 Nº 51 Actitudes y creencias frente al cáncer de mama de las mujeres de 50 a 65 años de la Comunidad de Madrid.
 Nº 52 La infestación por piojos.
 Nº 53 Manual de mantenimiento para abastecimientos de agua de consumo público.
 Nº 54 Ideas actuales sobre el papel del desayuno en la alimentación.
 Nº 55 La Tuberculosis: Un problema de Salud Pública. Material docente de apoyo para profesionales sanitarios.
 Nº 56 Guía de autocontrol en obradores de pastelería.
 Nº 57 La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX.
 Nº 58 Guía para la prevención de la Legionelosis en algunas instalaciones de riesgo.
 Nº 59 Anuario 1.999. Sociedad Madrileña de Microbiología Clínica.
 Nº 60 Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo.
 Nº 61 La enfermedad celíaca
 Nº 62 Programas de Salud Pública 2000
 Nº 63 Memoria 1.999. Programas de Salud Pública
 Nº 64 Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Período 2000-2003
 Nº 65 Memoria 1996-1999 del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
 Nº 66 Aplicación de técnicas de análisis espacial a la mortalidad por cáncer en Madrid
 Nº 67 Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid
 Nº 68 Guía de actuación frente a las zoonosis en la Comunidad de Madrid
 Nº 69 Manual de notificación. Sistema de enfermedades de declaración obligatoria
 Nº 70 Polen atmosférico en la Comunidad de Madrid
 Nº 71 El farmacéutico agente de salud
 Nº 72 Comportamientos sexuales y medidas de prevención entre hombres que tienen relaciones con hombres
 Nº 73 Plan de eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid
 Nº 74 Ciudades saludables y sostenibles. Plan de salud municipal
 Nº 75 Tratamiento de la pediculosis de la cabeza
 Nº 76 Programas de Salud Pública 2002
 Nº 77 Mortalidad en Vallecas
 Nº 78 Planes y Programas de Salud Pública 2003
 Nº 79 Guía para el diseño e implantación de un sistema HACCP y sus prerequisites en las empresas alimentarias
 Nº 80 Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del Área 3
 Nº 81 Control sanitario del Transporte de Alimentos
 Nº 82 Perfil alimentario de las personas mayores en la Comunidad de Madrid
 Nº 83 Esporas atmosféricas en la Comunidad de Madrid
 Nº 84 Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid
 Nº 85 Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid
 Nº 86 La violencia contra las mujeres considerada como pro-

- blema de Salud Pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas
- Nº 87 Memoria 2002. Programas de Salud Pública
- Nº 88 La promoción de la salud en el medio rural: Necesidades y demandas expresadas por las mujeres
- Nº 89 Las concepciones de salud de las mujeres. Informe 2000. Sistema de Información sobre salud de carácter sociocultural
- Nº 90 Valoración de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores de la Comunidad de Madrid
- Nº 91 Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante
- Nº 92 La Violencia de pareja contra las mujeres y los Servicios de Salud. Informe del estudio cualitativo
- Nº 93 Las Concepciones de Salud de los Jóvenes Informe 2004. Volumen I: Discurso sobre la Salud y la Enfermedad
- Nº 94 Las Concepciones de Salud de los Jóvenes Informe 2004. Volumen II: Prácticas y Comportamientos relativos a los hábitos saludables
- Nº 95 Estructura de la Industria Alimentaria y las tendencias del consumo en la Comunidad de Madrid: Base para la realización de estudios sectoriales
- Nº 96 Situación actual del mercado lácteo en la Comunidad de Madrid: Líneas de mejora de la calidad
- Nº 97 Situación actual del sector cárnico en la Comunidad de Madrid: Líneas de mejora de la calidad
- Nº 98 Detección precoz de hipoacusias en recién nacidos. Comunidad de Madrid 2.006-2.007
- Nº 99 Actuaciones en Bioseguridad para prevenir las inoculaciones accidentales en el personal sanitario de la Comunidad de Madrid. Estudio piloto: Informe de resultados
- Nº 100 La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): hacia un modelo complejo de investigación e intervención
- Nº 101 Comercio Minorista de carnes frescas y sus derivados en la Comunidad de Madrid. Orientaciones para elaborar una guía de Prácticas Correctas de Higiene (GPCH) y un sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico (APPCC)
- Nº 102 Memoria 2.005
- Nº 103 Estudio de las características de los productos de la pesca y acuicultura comercializados en la Comunidad de Madrid. Líneas de mejora de la calidad
- Nº 104 El mercado de los aceites vegetales en la Comunidad de Madrid. Situación y líneas de mejora
- Nº 105 El jamón ibérico: producción y consumo. Situación en la Comunidad de Madrid y promoción de su calidad
- Nº 106 Leches fermentadas en la Comunidad de Madrid: diagnóstico de situación del mercado y del etiquetado
- Nº 107 Guía de orientación nutricional para profesionales de atención primaria

COLECCIÓN NUTRICIÓN Y SALUD

- Nº 1 La dieta equilibrada, prudente o saludable
- Nº 2 El desayuno saludable
- Nº 3 Nuevos alimentos para nuevas necesidades
- Nº 4 El agua en la alimentación (próxima publicación)
- Nº 5 La alergia a los alimentos
- Nº 6 El pescado en la dieta
- Nº 7 El aceite de oliva y la dieta mediterránea
- Nº 8 Frutas y verduras, fuentes de salud

COLECCIÓN DOCUMENTOS DE SANIDAD AMBIENTAL

- Nº 1 Manual para el autocontrol y gestión de abastecimientos de agua de consumo público
- Nº 2 Control del riesgo químico de sustancias y preparados peligrosos. Manual de buenas prácticas
- Nº 3 Guía para la prevención de la Legionelosis en instalaciones riesgo
- Nº 4 Campos electromagnéticos: I Telefonía y Salud Pública
- Nº 5 Variables Meteorológicas y Salud

COLECCIÓN PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

- Nº 1 Dormir bien: Programa para la mejora del sueño
- Nº 2 La memoria: Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo
- Nº 3 Salud mental en el anciano: Identificación y cuidados de los principales trastornos
- Nº 4 El anciano frágil: Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud
- Nº 5 Prevención y promoción de salud del anciano institucionalizado: La residencia como espacio de convivencia y de salud
- Nº 6 La salud bucodental en los mayores: Prevención y cuidados para una atención integral
- Nº 7 Guía de higiene integral en residencias de personas mayores
- Nº 8 Derecho a una visión en los mayores: Evitar la ceguera evitable. Prevención y cuidados para una atención integral
- Nº 9 Actividad física y ejercicio en los mayores. Hacia un envejecimiento activo

Página web: www.publicaciones-isp.org



**Dirección General de Salud
Pública y Alimentación**

 **Comunidad de Madrid**