

# Enfermedades de Notificación Obligatoria Inmediata

Flor de María Cáceres Manrique<sup>1</sup>  
Luis Alfonso Díaz Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermera epidemióloga  
Jefe Unidad Epidemiología  
Hospital Universitario Ramón González Valencia  
Bucaramanga, Colombia  
<sup>2</sup>Pediatra epidemiólogo  
Jefe Departamento de Medicina Preventiva  
Fundación Oftalmológica de Santander  
Clínica Carlos Ardila Lülle  
Floridablanca, Colombia  
Profesor Universidad Autónoma de Bucaramanga  
Bucaramanga, Colombia  
Correspondencia: Enf. Cáceres, Apartado Aéreo 1865,  
Bucaramanga. E-mail: ladimar@speednet.com.co

## Resumen

**L**a vigilancia epidemiológica es el sostén del proceso de prevención y control de enfermedades desde el punto de vista de salud pública, ya que aporta información para la toma de decisiones. En Colombia existe un listado de enfermedades, la mayoría infectocontagiosas, que deben ser reportadas por el médico a la autoridad sanitaria de su jurisdicción inmediatamente hace el diagnóstico o se plantea la sospecha diagnóstica.

En el presente artículo se presenta el esquema básico de vigilancia epidemiológica de estas condiciones, incluyendo las definiciones de caso establecidas, los pasos a seguir en cada circunstancia para confirmar el diagnóstico o suministrar tratamiento gratuito si es del caso, así como las medidas de control que se deben desprender, tanto para el paciente en particular como su familia y comunidad en general.

El objetivo del presente artículo es orientar al personal médico, y en general a quienes prestan servicios de salud, en el cumplimiento de la actividad de notificación obligatoria de las patologías bajo vigilancia y reporte inmediato. Se incluyen las entidades en orden alfabético, con sus características generales del cuadro clínico, la etiología, el mecanismo de transmisión y las acciones básicas a emprender en el proceso de vigilancia (flujograma). Sin embargo, estas recomendaciones **NO** son un protocolo de diagnóstico o terapéutica, sino una guía para cumplir con la obligación legal de notificar para prevenir y controlar la diseminación de estas enfermedades.

## Palabras Clave

Vigilancia Epidemiológica, Enfermedades de Notificación Obligatoria, Control de Infecciones.

## INTRODUCCION

La Vigilancia Epidemiológica es un proceso regular y continuo de observación e investigación de las características de salud de un grupo humano, basado en la recolección, procesamiento, análisis, evaluación y divulgación de la información, de tal manera que ésta permita tomar decisiones de intervención a nivel individual y colectivo, con el fin de disminuir los riesgos de enfermar y morir.

El Ministerio de Salud, organismo rector de las políticas de salud en el país, ha diseñado un sistema de Vigilancia Epidemiológica de algunas enfermedades transmisibles, así como de infecciones intrahospitalarias y mortalidad materna o perinatal, las cuales son de notificación obligatoria e inmediata. El objetivo de dicho sistema es que una vez detectada una de éstas patologías sea notificada a la autoridad epidemiológica correspondiente quien a su vez la derivará al nivel superior hasta llegar a oídos de los responsables de implantar las medidas de prevención y control.

Esta función ha de ser encomendada específicamente a un responsable en cada institución, quién ha de coordinar la gestión del proceso, el cual se inicia cuando el **médico hace la sospecha diagnóstica** de cualquiera de dichas enfermedades, procediendo a informar al responsable institucional. La importancia de la notificación de las patologías bajo vigilancia, radica en que es el primer eslabón de una cadena de acciones tendiente a confirmar o descartar el diagnóstico. De este proceso dependen las medidas de control que se tomen para evitar que las enfermedades se propaguen en la comunidad y que los daños a la salud y la economía sean mayores.

## JUSTIFICACION

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 9 de 1979 o Código Sanitario Nacional y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 27 del decreto 1562 de 1984, la información epidemiológica es de carácter obligatorio para todas las personas naturales o jurídicas, residentes o establecidas en el territorio nacional, lo cual está ratificado en el Título II, Capítulo 31 de la Constitución Política de Colombia.

Todas las personas que presten servicios de salud están obligadas a notificar en el menor tiempo posible las enfermedades bajo vigilancia que corresponden al grupo de las llamadas «**Enfermedades de Notificación Obligatoria Inmediata**» como lo son VIH/SIDA, tosferina o parálisis flácida aguda, para citar algunos ejemplos. Algunas excepciones son aquellas que se notifican semanalmente, como dengue clásico, lepra, reacción postvacunal, infección nosocomial, paludismo y, enfermedad febril eruptiva sin diagnóstico específico o no contemplada en cualquiera de los demás apartes, teniendo en cuenta que

debe informarse simultáneamente la ausencia de tanto las enfermedades de notificación semanal como las de notificación inmediata. De la misma forma se ha de notificar la presencia de brotes epidémicos de hepatitis A, varicela, parotiditis, intoxicación alimentaria, por agua o plaguicidas.

La Ley 9 de 1979 también es enfática en afirmar que la **salud es un bien de interés público** y como tal toda falta por acción u omisión acarrea las sanciones disciplinarias correspondientes a tales bienes.

## ENFERMEDADES

### 1. Cólera

Enfermedad intestinal aguda, caracterizada por comienzo repentino, diarrea acuosa y profusa, vómito, calambres, deshidratación rápida, acidosis y colapso circulatorio, con muerte si no hay intervención adecuada y oportuna.

Su agente es el *Vibrium cholerae*, generador de enterotoxinas. El período de incubación es de 5 horas a 5 días, en promedio de 2 a 3 días. Se transmite persona a persona por vía fecal-oral, principalmente por el consumo de agua y alimentos contaminados con heces o vómitos de pacientes o portadores. Se debe tener especial cuidado con pescados y productos de mar al momento del consumo, ya que pueden estar contaminados, ya que el agua salobre favorece el crecimiento de la bacteria, a más que muchos productos de mar se obtienen de marismas y zonas de depósito.

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Diligenciamiento de la ficha clinicoepidemiológica por parte del médico tratante.
3. Mantener aislamiento **ENTERICO**
4. Tomar muestra de materia fecal para cultivo, idealmente en las primeras 24 horas del comienzo de los síntomas y antes de iniciar el tratamiento con antibióticos. Este procedimiento lo realiza por lo general el personal de enfermería a menos que se defina otra cosa.
5. En pacientes fallecidos por enfermedad diarreica aguda se tomará **obligatoriamente** muestra por hisopado rectal o aspirado intestinal postmortem, en caso de que no se haya obtenido previamente.
6. Hacer inactivación de secreciones gastrointestinales y heces con hipoclorito de sodio a 5000 ppm, dejándolo actuar media hora antes de realizar la limpieza con agua y jabón.

## 2. Dengue Hemorrágico

Enfermedad febril aguda de comienzo repentino asociada a manifestaciones hemorrágicas. La fiebre dura de 3 a 7 días y se acompaña de cefalea, dolor retroocular, artralgias, mialgias y, en ocasiones, exantema máculopapular. Las hemorragias son principalmente en piel, mucosas y tracto gastrointestinal, con trastornos de coagulación, trombocitopenia y aumento de la permeabilidad capilar, la cual puede llevar a estado de choque y muerte.

Es producido por el virus Dengue, el cual tiene 4 serotipos. Es transmitido por el mosquito *Aedes aegypti* infectado, con un periodo de incubación de 3 a 15 días, generalmente de 4 - 8 días. Los enfermos son infectantes para los mosquitos desde el día anterior al inicio de la fiebre y hasta el 5º día; el mosquito se vuelve infectante 8 a 11 días después y lo es durante **TODA SU VIDA**.

Para que un caso sea considerado como dengue hemorrágico debe cumplir los siguientes criterios:

- A. Cuadro febril agudo acompañado de cefalea y mioartralgias
- B. Manifestaciones hemorrágicas o prueba de torniquete positiva
- C. Recuento de plaquetas menor de 100.000 por milímetro cúbico
- D. Extravasación de líquido manifestada por cualquiera de las siguientes condiciones:
  - a) Aumento del hematocrito por encima del 20% en relación con uno tomado en estado normal
  - b) Relación hematocrito/hemoglobina mayor o igual a 3.4
  - c) Ascitis, derrame pleural o edemas
  - d) Hipoproteinemia o hipoalbuminemia no explicada por otras causas
- E. Prueba confirmatoria en suero tipo Ig M positiva en muestra tomada entre los días 7 y 15 de iniciada la fiebre, o aislamiento viral de cualquiera de los cuatro serotipos.

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Tomar al ingreso muestra de sangre para cuadro hemático, recuento de plaquetas y pruebas de coagulación, con control de a las 48 hrs del ingreso, todo según criterio médico.
3. Tomar muestra de sangre entre el 7º y 15º día de iniciada la fiebre para CH, recuento de plaquetas y

determinación de títulos de IgM y remitir al Laboratorio Departamental de Salud Pública.

4. Diligencias la ficha clínicoepidemiológica por parte del médico tratante.
5. Durante los primeros 5 días del cuadro debe mantenerse el paciente en **AISLAMIENTO VECTORIAL** (toldillo permanente y aplicación de repelente dos veces al día).

## 3. Difteria

Enfermedad bacteriana aguda del tracto respiratorio superior que compromete las amígdalas, faringe, laringe, nariz y, a veces, otras membranas mucosas o la piel. Se caracteriza por una membrana grisácea adherente con inflamación a su alrededor. Puede existir fiebre, odinofagia, náuseas y cefalea. Cuando es laringotraqueal presenta disfonía y dificultad respiratoria alta con tiraje supraclavicular y supraesternal, y en ocasiones, estridor.

El agente causal es el bacilo toxigénico *Corynebacterium diphtheriae*. El periodo de incubación es de 2 a 5 días, siendo transmisible hasta 4 días en pacientes tratados adecuadamente; el portador crónico puede diseminar los bacilos por 6 o más meses. Se transmite por contacto sin protección de una persona susceptible con secreciones respiratorias o con lesiones en piel de un paciente o un portador sano.

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Diligenciamiento de la ficha clínicoepidemiológica por parte del médico tratante.
3. Manejar al paciente con **AISLAMIENTO RESPIRATORIO** y reposo absoluto.
4. Tomar frotis de secreción faringea, nasal y de lesiones de piel y solicitar cultivo para aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae* con prueba de toxigenicidad.
5. Uso de antitoxina diftérica según severidad del compromiso (40,000 a 120,000 UI) y previa prueba de sensibilidad si se utiliza antitoxina heteróloga (0,1 mL sc o en conjuntiva de una dilución 1:1000).
6. Mantener reposo por lo menos durante 4 semanas y aumentarlo en los casos de miocarditis.
7. Verificar el estado de inmunización certificada; si no esta completo el esquema para la edad del paciente, iniciar o continuar el esquema con DPT, TD o Td, antes del egreso.
8. Efectuar electrocardiograma en todos los casos, independientemente de los hallazgos cardiovasculares encontrados.

#### 4. Encefalitis Equina Venezolana

Zoonosis que se caracteriza por cuadro súbito de fiebre alta, cefalea generalizada, mioartralgias, náusea, vómito, escalofríos, dolor lumbar, diarrea, hiperemia leve y abotamiento conjuntival, debilidad, convulsiones, desorientación, coma y muerte. En todos los casos hay que confirmar que el paciente procede de una región donde se ha demostrado la circulación del virus o muertes de solípedos (caballos, mulas, burros) u otros animales domésticos con «Peste Loca».

El agente es un arbovirus tipo alfavirus llamado virus de la Encefalitis Equina Venezolana que se transmite al hombre por la picadura del mosquito infectado con sangre de animal enfermo. La transmisión persona a persona, no está documentada. Los mosquitos implicados son del género *Aedes*, *Psorofora*, *Mansonia* y *Culex*. El periodo de incubación es de 1 a 6 días.

Flujograma:

1. Notificación inmediata al responsable institucional de todo caso probable por parte del médico que hace el diagnóstico.
2. Diligenciamiento de la ficha clínico-epidemiológica por parte del médico tratante.
3. Mantener al paciente en  **AISLAMIENTO VECTORIAL**  con toldillo y aplicación de repelente a las 6 am y a las 5 pm durante los 3 primeros días del cuadro.
4. Tomar muestra de suero en 3 tubos estériles, y enviarlas refrigeradas al Laboratorio Departamental de Salud Pública para la confirmación del diagnóstico. Elaborar resumen de historia clínica para ser enviado junto con las muestras.

#### 5. Enfermedad de Chagas

Infección crónica por el protozoo intracelular *Trypanozoma cruzi* vía un vector de la familia de los triatomíneos («pitos»), cuyas complicaciones cardiovasculares y digestivas son los que producen la sintomatología que lleva al diagnóstico, aunque también se pueden detectar pacientes asintomáticos por serodiagnóstico hecho durante tamizaje entre donantes de Banco de Sangre.

La infección aguda se caracteriza por fiebre, malestar general, linfadenopatía, hepatoesplenomegalia y reacción local inflamatoria, que cuando ocurre en cercanía de los ojos produce el signo de Romaña (Chagoma). Las principales manifestaciones crónicas son miocarditis, arritmias cardíacas, megaesófago y megacolon.

El periodo de incubación para los casos agudos entre 5 y 14 días, con seroconversión luego de 30-40 días, pero las complicaciones crónicas pueden aparecer luego de 20-30 años de la infección inicial. El humano infectado mantiene tripanosomas circulantes durante toda la vida. El vector se vuelve infectante de 10 a 30 días de haber picado un humano infectado. Los parásitos persisten en el intestino del triatomíneo durante toda su vida (2 años).

La infección del hombre y otros mamíferos se produce por medio de heces recién excretadas de triatomíneos (*Triatoma*, *Rhodnius*, *Panstrongylus*) infectados y que contaminan conjuntivas, mucosas, abrasiones o heridas en la piel, incluyendo el sitio de la picadura del insecto. También puede producirse por transfusión de sangre contaminada, por vía transplacentaria o láctea, y en accidentes de laboratorio.

Muchos de los casos asintomáticos se realizan en el tamizaje de sangre donada a los bancos de sangre. Se recomienda que se manden muestras para control de calidad a los laboratorios de referencia para cada región. Los casos agudos y los crónicos asintomáticos deben estudiarse a fondo, incluyendo al menos una prueba serológica.

Flujograma

1. Notificación inmediata e individual de todo caso sospechoso por parte del médico que hace el diagnóstico al responsable institucional
2. **ESTRICTAMENTE** cambio diario de ropa de cama y aseo diario de colchón, cama y otros muebles que usa el paciente.
3. Evaluación de las funciones cardíacas y autonómicas del paciente.

#### 6. Enfermedad meningocócica

Enfermedad bacteriana producida por la *Neisseria meningitidis*, que puede ir desde una infección asintomática limitada a la nasofaringe, hasta la forma invasora fulminante (meningococcemia). La forma meningea se caracteriza por fiebre, cefalea, náuseas, vómito, rigidez nuchal y petequias. Los casos fulminantes se caracterizan por postración, equimosis y choque que culmina con la muerte.

El agente causal es un diplococo Gram negativo, donde sus serogrupos A, B y C son los más comunes. El periodo de incubación va de dos a 10 días; en promedio 4 días. Los pacientes son infectantes hasta 24 horas después de haber iniciado tratamiento antibiótico adecuado ya que la transmisión se hace por contacto directo con secreciones de vías nasales y faríngeas de personas infectadas.

## Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual de todo caso sospechoso al responsable institucional, por parte del médico que hace el diagnóstico.
2. Manejo del paciente con **AISLAMIENTO RESPIRATORIO** hasta 48 horas después de haber iniciado el tratamiento antibiótico.
3. El médico tratante debe diligenciar la ficha clínicoepidemiológica.
4. Las cepas aisladas deben enviarse al laboratorio de referencia correspondiente para estudio de serotipo y control de calidad.
5. Ordenar quimioprofilaxis a las personas de alto riesgo no vacunadas y que hayan tenido contacto directo con los enfermos o compartido utensilios de comida con el paciente en la etapa previa al inicio del tratamiento, así como al personal de salud que ha tenido contacto directo con secreciones orofaríngeas, sangre o líquido cefalorraquídeo. Los medicamentos recomendados son:
  - a) Rifampicina:
    - Adultos: 600 mgs cada 12 hrs por 2 días
    - Niños de 1 o más años: 10 mg/Kg-día por 2 días en dos dosis/día
    - Niños menores de 1 años: 5 mg/Kg-día por 2 días en dos dosis/día
  - b) En caso de hipersensibilidad a rifampicina o embarazo se recomiendan 500 mg parenterales de ceftriaxona en dosis única.

## 7. Fiebre Amarilla

Enfermedad vírica infecciosa aguda, de comienzo repentino con fiebre, escalofrío, cefalea, dorsalgia, mialgias, postración, náuseas y vómito. Frecuentemente se acompaña de epístaxis, hemorragia vestibular y bucal, hematemesis y melenas. La ictericia es moderada al comienzo pero se va intensificando a medida que el cuadro progresa.

El virus de la fiebre amarilla es un Flavivirus con un periodo de incubación de 3 a 6 días. Se transite por la picadura de mosquitos *Aedes aegypti*, *Haemagogus spp* y *Sabethes spp* infectados. La enfermedad es altamente transmisible en presencia de personas susceptibles y mosquitos vectores.

## Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Diligenciamiento de la ficha clínico epidemiológica por parte del médico tratante.

3. Solicitar estudio serológico para detección de IgM específica para fiebre amarilla, preferiblemente 5 días después de iniciado el cuadro.
4. Ordenar la toma de suero para aislamiento viral, el cual se envía refrigerado al Laboratorio Departamental de Salud Pública. Se deben tomar 2 muestras de sangre con intervalo de 7 días. El suero se debe separar en tubo estéril y enviarlo marcado con el nombre del paciente, la fecha de toma, y si es primera segunda muestra. La orden de laboratorio debe incluir los datos clínicos y antecedentes de viaje o residencia en zona selvática.
5. Manejar el paciente con **AISLAMIENTO VECTORIAL**. Especial atención se debe prestar al uso de toldillo en los primeros 5 días de inicio de los síntomas.
6. En caso de **fallecimiento**:
  - a) Realizar punción cardíaca para obtener sangre lo más rápido posible después de la muerte, separar el suero en el Laboratorio Clínico y enviar refrigerado al Laboratorio Departamental de Salud Pública con resumen de la historia clínica.
  - b) En las primeras 12 horas postmortem realizar necropsia completa **obligatoria** en la que debe tomarse dos muestras del hígado y una de riñón, cerebro, corazón y tracto digestivo, a más de sangre por punción cardíaca para estudio serológico.
  - c) Si las condiciones locativas no lo permiten y solo en situaciones extremas se debe hacer viscerotomía: Se practica incisión de más o menos 7 cms de largo en el reborde costal inferior derecho, localizar e identificar el hígado, cortar un fragmento de tejido de 2 x 1 x 1 cm, introducirlo en un frasco de boca ancha y tapa, que contenga formol al 10% en cantidad suficiente para que la muestra quede totalmente cubierta. Tomar otra muestra de hígado, en frasco sin preservativo, conservar y enviar refrigerada para aislamiento viral y prueba de inmunohistoquímica.
  - d) Los frascos deben rotularse con el nombre, edad, sexo, fecha de fallecimiento, departamento y municipio. Debe anexarse resumen de Historia Clínica que incluya la información pertinente a procedencia, profesión, antecedentes de vivir o viajar a zona selvática, sitio de residencia, fecha de fallecimiento y de toma de muestra, institución que remite y persona que lo hace.

## 8. Hepatitis B, C y delta

Enfermedad vírica caracterizada por comienzo insidioso con anorexia, molestias abdominales vagas, náuseas,

vómito, ictericia, coluria, acolia, hepatomegalia, artralgias y erupción. La gravedad va desde las formas no manifiestas hasta casos fulminantes y mortales. También se pueden detectar pacientes asintomáticos por serodiagnóstico hecho durante tamizaje entre donantes de Banco de Sangre.

Los agentes son los virus específicos de cada hepatitis, con periodos de incubación de 2 a 6 meses. Se transmiten por vía parenteral, sexual, sanguínea y percutánea. El periodo de incubación va desde semanas antes del inicio de los primeros signos y síntomas, durante todo el curso clínico de la enfermedad y mientras haya antígenos circulando en sangre.

No es posible distinguir clínicamente los diversos tipos de hepatitis.

#### Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Solicitud de antígenos, transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina y tiempo de protrombina, según criterio médico.
3. Para casos de hepatitis crónica solicitar ecografía y biopsia hepática.
4. En todo paciente sospechoso en quien no se confirme diagnóstico serológico y fallezca, se debe hacer **obligatoriamente** los siguientes estudios postmortem:
  - a) Tomar muestras de sangre por punción cardiaca inmediatamente después de ocurrida la muerte y solicitar antígenos
  - b) Estudio histopatológico: Tomar por necropsia o viscerectomía en las primeras horas, una muestra de hígado de 2 x 1 x 1 cm y enviarla en formol al 10% sin refrigerar, tal como se especifica para fiebre amarilla.
5. En todos los casos diligenciar ficha clínico epidemiológica por parte del médico tratante

### 9. Infección nosocomial

Es una infección que se adquiere durante la hospitalización, manifestándose en el hospital o después del egreso del paciente. Se excluyen aquellas infecciones que por su período de incubación pudieron haber estado asintomáticas en el momento del ingreso, aceptando en términos generales que una infección evidente dentro de las primeras 48 horas del ingreso corresponde a una infección adquirida en la comunidad. Se definen tres grados de certeza de la infección nosocomial:

**CASO SOSPECHOSO:** Paciente con fiebre, material puru-

lento u otro signo de infección que se descubre durante la hospitalización o los primeros días del egreso.

**CASO PROBABLE:** Es un caso sospechoso al cual en la revisión de la Historia Clínica se observa que la enfermedad que obligó a la hospitalización no es el cuadro infeccioso descubierto luego del ingreso. El período de incubación está incluido en el tiempo de hospitalización.

**CASO CONFIRMADO:** Caso probable con confirmación clínica, por lo general con soporte de ayudas diagnósticas (imagenología, laboratorio). Debe identificarse una cadena de transmisión clara, incluyendo la fuente de contacto.

Cada institución debe garantizar un sistema de vigilancia epidemiológica activa no selectiva para detectar todos los casos de infección nosocomial, revisando tanto las historias clínicas como los pacientes, los cuales se clasifican por sistemas según las definiciones del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Atlanta. Esta información se ha de depurar periódicamente mediante la revisión de todos los casos detectados por parte de un grupo de expertos y generando informes por servicios, tipo de infección y gérmenes involucrados. De la misma forma se ha de detectar brotes epidémicos, los cuales se deben estudiar, evaluar y controlar apenas se detecten.

### 10. Leptospirosis

Grupo de enfermedades zoonóticas, con manifestaciones variables que incluyen fiebre, cefalea, escalofríos, mialgias, malestar intenso y inyección conjuntival; a veces ocurre meningitis, erupciones y uveítis. En ocasiones hay ictericia, falla renal, anemia hemolítica y hemorragias de la piel y mucosas.

Esta enfermedad es causada por varias especies del género *Leptospira*, agentes infecciosos que permanecen en reservorios animales como bovinos, perros, caballos y cerdos, y especialmente, en roedores. Se transmiten por contacto de la piel, especialmente si está escoriada, o de las mucosas con agua, tierra húmeda o vegetación contaminada con la orina de los animales infectados. Contacto directo con la orina o los tejidos de animales infectados; o por ingestión de alimentos contaminados con orina de ratas infectadas. Tiene un período de incubación de 10 días; con un margen de 4 a 19 días.

#### Flujograma:

1. Notificación inmediata al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.



2. Desinfectar **TODOS** artículos contaminados con orina con una solución de hipoclorito a 5000 ppm durante media hora.
3. Inactivar la orina, agregándole una solución de hipoclorito de sodio a 5000 ppm y dejándolo actual durante media hora antes de bajar el agua del inodoro.
4. Dar educación a familiares y vecinos, respecto a los modos de transmisión y la necesidad de que eviten nadar en aguas que pueden estar contaminadas con orina.
5. Tomar muestra de sangre en tubo seco estéril, separa suero y enviar al Laboratorio Departamental de Salud Pública para pruebas confirmatorias. Elaborar resumen de la Historia Clínica para ser enviado junto con las muestras de suero.

## 11. Malaria

Enfermedad febril paroxística, por lo general aguda, asociada a malestar, cefalea, mialgias, náuseas, vómito, ashenia, anorexia y fatigabilidad. Puede presentarse ictericia, trastornos de coagulación, fallas renal o hepática, y alteraciones neurológicas como confusión, letárgica o coma (malaria cerebral).

Es causada por varios protozoarios intracelulares del género *Plasmodium*. Hay cuatro especies que producen en el hombre: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* y *P. ovale*. En zonas endémicas pueden producirse formas mixtas. Tiene un período de incubación de 8 a 14 días. El humano portador de gametocitos es infectante al vector, que luego transmite la enfermedad a otra persona, en donde solo la picadura de hembras anofelinas infectadas transmiten la enfermedad, aunque ocasionalmente se pueden dar casos por transfusiones sanguíneas con sangre infectada, vía transplacentaria y elementos contaminados (agujas, jeringas).

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Mantener el paciente en **AISLAMIENTO VECTORIAL** hasta cuando se negativice el laboratorio.
3. Solicitar tratamiento farmacológico al responsable local del Programa de Enfermedades de Transmisión Vectorial o su similar. En el Área Metropolitana de Bucaramanga es la Oficina de Dermatología y Enfermedades Transmitidas por Vectores ubicada en Floridablanca, Calle 4 # 7-01, 21 piso, teléfono 6497782. Para ello enviar una fórmula con el nombre, edad, dirección y resultados de los exámenes, resaltando particularmente la especie de *Plasmodium* implicado y la fecha de inicio de los síntomas. Para el

resto del departamento la encargada de suministrar el tratamiento es la Secretaría Departamental de Salud, por medio del programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

4. Los casos de mortalidad por malaria deben ser registrados por aparte dentro del sistema de registro de mortalidad general de las instituciones de salud.

## 12. Meningitis por *Haemophilus influenzae*

Enfermedad bacteriana de comienzo súbito, acompañada de fiebre, vómito, letargia e irritación meníngea con abombamiento de fontanelas en los lactantes, o rigidez de nuca y otros signos de irritación meníngea en niños mayores.

El agente es el *Haemophilus influenzae*, cocobacilo Gram negativo que presenta 6 serotipos: a, b, c, d, e y f. El serotipo b es quien con mayor frecuencia causa meningitis. Se adquiere por contacto con secreciones nasofaríngeas infectadas, con un periodo de incubación de 2 a 4 días. Por lo general el paciente deja de ser infectante a las 48 horas después de haber sido iniciado el tratamiento.

Flujograma:

1. Notificación inmediata al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Llenado de la ficha clínicoepidemiológica por parte del médico tratante.
3. Aislamiento respiratorio hasta 48 horas después de iniciar el manejo con antibiótico.
4. Las cepas aisladas deben enviarse al laboratorio de referencia correspondiente para estudio de serotipo y control de calidad.
5. Ordenar quimioprofilaxis a contactos del núcleo familiar, incluidos los adultos, y a otros contactos de riesgo menores de 5 años a nivel institucional, así:
  - a) Rifampicina:
    - Adultos: 600 mgs cada 12 hrs por 2 días
    - Niños de 1 o más años: 10 mg/Kg-día por 2 días en dos dosis/día
    - Niños menores de 1 años: 5 mg/Kg-día por 2 días en dos dosis/día
  - b) En caso de hipersensibilidad a rifampicina o embarazo se recomiendan 500 mg parenterales de ceftriaxona en dosis única.

## 13. Mortalidad materna y perinatal

La mayor o menor mortalidad materna o perinatal es uno de los indicadores más importantes de un país o región,

ya que refleja su desarrollo integral, tanto en lo social como en lo económico y de organización sanitaria. Además, permite evaluar el impacto de una de las entidades con mayor cantidad de años saludables de vida perdidos generados.

**Mortalidad materna:** Se considera un caso de Mortalidad Materna a la defunción de una mujer durante el embarazo, el parto o durante de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el tipo de embarazo. Para considerar muerte materna la defunción debe estar relacionada o agravada por el proceso mismo del embarazo, el parto, el puerperio o la atención de estos. Sin embargo, están sujetas a vigilancia las muertes ocurridas en un período posterior a los 42 días pero cuya causa sea atribuible al proceso de reproducción o su atención. Se excluyen las ocasionadas por accidentes, envenenamientos y homicidios.

Se clasifica en mortalidad obstétrica directa cuando resulta de complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, por tratamiento incorrecto, intervenciones inoportunas, omisiones o por la conjugación de distintos factores originadas en cualquier momento o circunstancias antes mencionadas, y en mortalidad obstétrica indirecta cuando es el resultado de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el curso del embarazo no relacionados con este pero que provoca la muerte de la mujer porque son agravadas por el efecto fisiológico del embarazo.

**Mortalidad perinatal:** Es aquella muerte que ocurre en un producto de embarazo mayor de 1000 gramos de peso independientemente de su edad gestacional o mayor de 28 semanas de gestación independientemente del peso, en el período comprendido entre la semana 28 de gestación y los 7 primeros días de vida. Sin embargo están sujetas a vigilancia las muertes ocurridas hasta los 28 días de vida si la causa es atribuible a entidades o riesgos ocurridos en el período perinatal.

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Hacer análisis de fallecimiento tratando de establecer los factores asociados al mismo, bien sea institucionales, del paciente, sociales o de los integrantes del equipo de salud que atienden el caso.
3. Diligenciamiento de la ficha de mortalidad materna o perinatal, según sea el caso, por parte del médico que atiende el caso al momento del fallecimiento. En caso de que se conjugue la muerte de la madre y su producto, se diligencian dos fichos independientes, uno por cada muerte.

#### 14. Mortalidad por Enfermedad Diarréica Aguda

Se debe notificar todo menor de 5 años con cuadro de enfermedad diarreica aguda (EDA) que fallezca. Esto incluye a los pacientes que presente cuadro de menos de 8 días de evolución de aumento en el número y frecuencia de las deposiciones, de consistencia más blanda de lo usual o francamente acuosa.

Flujograma:

1. Diligenciamiento del ficho clinicoepidemiológico por parte del médico que hace el diagnóstico de muerte por EDA

#### 15. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda

Se debe notificar todo menor de 5 años con cuadro de infección respiratoria aguda (IRA) que fallezca. Esto incluye a los pacientes que presente cuadro de bronquitis, neumonía, laringitis, rinofaringitis, faringoamigdalitis, otitis y sinusitis, o cualquier otra enfermedad compatible con alguno de estos diagnósticos.

Flujograma:

1. Diligenciamiento del ficho clinicoepidemiológico por parte del médico que hace el diagnóstico de muerte por IRA.

#### 16. Parálisis flácida aguda

Con esta entidad se pretende vigilar la ocurrencia de casos compatibles con poliomiélitis aguda por poliovirus salvaje. Para ello se notifica todo paciente con cualquier cuadro de parálisis flácida aguda y que sea menor de 15 años, independientemente de su etiología, así como todo caso de enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad en la que se sospecha polio, como en cuadros de:

- Poliomiélitis
- Síndrome de Guillan-Barré
- Mielitis transversa
- Polineuropatía - polirradiculopatía - polineurorradiculopatía
- Polineuritis
- Meningitis aséptica o linfocítica
- Encefalitis
- Meningoencefalitis viral
- Hemiplejía súbita infantil
- Seudoparálisis
- Parálisis flácida muscular
- Enfermedad enteroviral del sistema nervioso central
- Enfermedad cerebro vascular
- Intoxicación por metales pesados



- Intoxicación por organofosforados
- Botulismo

#### Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Manejo del paciente con **AISLAMIENTO ENTERICO**.
3. Diligenciamiento de la ficha clínico epidemiológica por parte del médico tratante.
4. Tomar muestra de materia fecal para aislamiento viral en los primeros 15 días de iniciada la parálisis flácida. Se envasa en frasco limpio y seco de boca ancha con tapa al menos 10 grs de materia fecal; marcar la muestra con nombre completo, cama, servicio y **anotando de manera clara que la muestra es para estudio de parálisis flácida aguda**. Remitir las muestras al Laboratorio Departamental de Salud Pública. Es **imprescindible** guardar siempre las muestras bajo refrigeración.
5. Hacer citoquímico de líquido cefalorraquídeo.
6. Revisión del esquema de vacunación antes del egreso hospitalario. Iniciar o continuar vacunación antipoliomielitis según la condición inmunológica del paciente.
7. Evaluación neurológica de acuerdo a la ficha nacional a los 30, 60 y 90 días de iniciada la parálisis flácida.
8. Toma de electromiografía y velocidad de conducción a las 4 semanas de iniciada la parálisis, siempre y cuando la evaluación neurológica de los 30 días presente algún grado de secuela. Todo esto debe registrarse posteriormente en la ficha que se elaboró cuando se detectó el caso.
9. En todo caso probable que **FALLECE**, debe ordenarse autopsia **OBLIGATORIA**, especificando que se tomen muestra para:
  - a) **Aislamiento viral:** En tejido del sistema nervioso como médula espinal, sustancia gris, bulbo raquídeo, protuberancia anular, cerebro. Las muestras se colocan en recipientes estériles individuales sin adicionar ningún tipo de solución. Conservar y enviar refrigerado a la laboratorio Departamental de Salud Pública con resumen de historia clínica.
  - b) **Estudio anatomopatológico:** Muestra de protuberancia y bulbo de médula espinal (desde la fosa occipital hasta las vértebras cervicales), la cual se coloca en frasco de tapa ancha con formol al 10%. Conservar y enviar refrigerado a la laboratorio Departamental de Salud Pública con resumen de historia clínica.

10. Programa de rehabilitación de acuerdo con las escuelas.

#### 17. Peste

Enfermedad zoonótica que afecta roedores y pulgas, las cuales transmiten la infección a diversos mamíferos, incluyendo el hombre. Se manifiesta inicialmente con linfadenitis de la zona de drenaje de la picadura, luego hay dolor, supuración (bubones) y fiebre. Puede evolucionar a septicemia con infección a distancia en meninges, pulmón, mediastino y pleura. En la peste neumónica las gotitas de aerosol pueden contagiar a otras personas.

El cuadro es causado por la bacteria *Yersinia pestis* via la picadura de pulgas infectadas, sobre toda las que se alimentan en roedores. Gotitas suspendidas en el aire provenientes de personas o animales caseros infectados y por manipulación poco cuidadosa de cultivos. El período de incubación es de 2 a 6 días, en donde las pulgas pueden permanecer infectantes durante meses. Por contacto con bubones supurantes y con gotitas durante la presencia de peste neumónica.

#### Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico
2. Diligenciamiento de la ficha clinicoepidemiológica por parte del médico tratante.
3. Manejar al paciente con **AISLAMIENTO ESTRICTO** durante los primeros tres días del tratamiento en pacientes sin bubones; si los hay mantener **AISLAMIENTO DE SECRESIONES**. Hay que eliminar todas las pulgas del paciente y su equipaje. La manipulación de especímenes y cadáveres se debe hacer con especial observación de las normas universales de bioseguridad.
4. Las personas en contacto directo con pacientes con peste neumónica deben permanecer en cuarentena estricta por 7 días y recibir quimioprofilaxis así:
  - a) Niños desde 8 años y adultos: Tetraciclina VO 25-50 mg/Kg en dos dosis (sin pasar de 1 gr en niños y 2 grs en adultos)
  - b) Niños de hasta 7 años: Estreptomicina 20 mg/Kg IM en dos dosis.
  - c) Alternativa: Trimetoprim-sulfametoxazol VO 40 mg/Kg en dos dosis.

#### 18. Rabia Humana y accidentes rábicos

Zoonosis que se caracteriza por encefalitis vírica aguda de carácter mortal producida por el virus del mismo nombre. Alcanza al ser humano por introducción del virus des-

de la saliva del animal rabioso, por mordedura, lamedura o rasguño. En perros y gatos de 3 a 10 días antes de iniciar cuadro clínico y durante toda la enfermedad. El período de incubación va de 2 a 8 semanas; en ocasiones puede ser de 1 año o más.

Flujograma:

1. Hacer lavado exhaustivo con agua y jabón durante 3 veces seguidas de la herida ocasionada por la mordedura del animal. Suturar solo aquellas heridas que lo requieran por estética o hemostasia.
2. Remisión de pacientes con mordeduras de perros desconocidos o perros sospechosos de rabia a la instancia responsable (en Bucaramanga el Centro de Salud «El Rosario»), a no ser que las lesiones ameriten hospitalización, en cuyo caso se informará por teléfono, en donde decidirán sobre la vacunación profiláctica.
3. Evaluación y seguimiento del animal agresor.
4. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
5. Diligenciamiento de la ficha clínicoepidemiológica por parte del médico tratante.
6. Manejar al paciente con **AISLAMIENTO ESTRICTO**

## 19. Reacciones Adversas Postvacunales

Son eventos indeseables que se presentan como respuesta a la vacuna o a su vehículo, distintos a los efectos secundarios propios de cada biológico. Requieren de vigilancia con el objetivo de evaluar la tolerancia de la población a los biológicos y medir el impacto de la morbilidad causada por las vacunas.

Según el tipo de biológico se deben vigilar los eventos de la siguiente manera, dentro de un período de incubación razonable según la vacuna, el momento de aplicación y la reacción en sí misma, como se ve en la tabla 1.

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico

## 20. Rubéola Congénita

Enfermedad vírica que afecta al recién nacido de madres que adquirieron la enfermedad en el primer trimestre del embarazo. El recién nacido puede presentar malformaciones congénitas como sordera, cataratas, retinopatía pigmentaria, microftalmia, microcefalia, retraso mental, persistencia del conducto arterioso, estenosis de la arteria pulmonar, glaucoma, púrpura, hepato o esplenomegalia, ictericia, osteopatía «radiolúcida» o meningoencefalitis. Presenta hiperbilirrubinemia, trombocitopenia y elevación de transaminasas.

El agente de la rubéola es el virus del mismo nombre (familia *Togaviridae*). El feto lo adquiere por vía transplacentaria de madre a feto. Los niños con rubéola congénita pueden expulsar gran cantidad de virus por secreciones faríngea y orina durante varios meses después del nacimiento.

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Manejo del paciente con **AISLAMIENTO ESTRICTO** durante todas las hospitalizaciones y hasta cuando cumpla el 1<sup>er</sup> año de vida.
3. Diligenciamiento de la ficha clínicoepidemiológica por parte del médico tratante.
4. Tomar muestra de suero para su confirmación por laboratorio (Ig M), la cual se debe enviar al laboratorio de referencia.
5. La manera de prevenir la rubéola congénita está en la vacunación a mujeres en edad fértil, teniendo especial cuidado de que no estén embarazadas y que se cuiden de estarlo por lo menos tres meses después de la vacuna.

**TABLA 1. Reacciones adversas postvacunales**

VACUNA	EVENTOS A VIGILAR
Antipoliomielítica (VOP)	Poliomielitis asociada a la vacuna
DPT	Fiebre que no cede con antipiréticos Convulsiones Anafilaxia - Choque anafiláctico
Antisarampiosa	Perturbaciones neurológicas Panencefalitis Esclerosante Subaguda (PEESA)
BCG	Adenitis supurativa Ulceración persistente lugar de vacuna Abscesos Infecciones diseminada por bacilo Osteítis postvacunal
Triple Viral	Meningitis viral Meningitis aséptica Encefalitis viral Mielitis Encefalomielitis Trombocitopenia Idiopática o Inespecífica Anafilaxia-choque anafiláctico Edema angioneurótico Artritis séptica Artropatía asociada con hipersensibilidad Síndrome convulsivo Parotiditis

## 21. Sarampión

Enfermedad aguda de alta contagiosidad caracterizada por fiebre, conjuntivitis, coriza, exantema y en algunos casos presencia de manchas de Koplik. Es producido por el virus del mismo nombre, luego de un periodo de incubación de 8 a 13 días, siendo un paciente infectante desde 4 días antes hasta 4 días después de aparecer el exantema.

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Mantener al paciente en aislamiento respiratorio hasta 4 días después de iniciado el exantema.
3. Diligenciamiento de la ficha clinicoepidemiológica por parte del médico tratante.
4. Tomar una muestra de sangre en tubo seco y estéril sin anticoagulante a partir del segundo día del exantema y antes del octavo día.
5. Diligenciar orden para tomar segunda muestra a los 10-14 días de la primera para titulación de anticuerpos IgM para virus de sarampión.

## 22. Sífilis congénita

Todo recién nacido con FTA-ABS positiva o serología VDRL positiva y cuadro clínico característico con escurrimiento nasal claro, desfacelación de la piel, queratitis intersticial, sordera, hepato o esplenomegalia, tibias en sable, nariz en silla de montar y, frecuentemente, bajo peso al nacer.

Es producida por el *Treponema pallidum*, bacteria de tipo espiroqueta que llega por vía transplacentaria de madre a feto en cualquier época del embarazo. Un recién nacido puede transmitir la enfermedad a partir de las secreciones nasales o cutáneas de las lesiones típicas de la enfermedad.

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Diligenciamiento de la ficha clinicoepidemiológica por parte del médico que hace el diagnóstico.
3. Manejo del paciente con **AISLAMIENTO DE SECRECIONES**

## 23. Tétanos y tétanos neonatal

Enfermedad aguda inducida por una exotoxina producida por la bacteria anaerobia especulada *Clostridium tetani*. Clínicamente se caracteriza por contracciones

musculares dolorosas, espasmos generalizados, rigidez, opistótonos, trismus y risa sardónica.

La enfermedad se produce por introducción de las esporas de *Clostridium tetani* en el organismo a través de heridas con objetos contaminados con heces y otros tipos de detritus orgánicos. En el caso del tétanos neonatal la infección se localiza por lo general en el muñón umbilical. EL periodo de incubación va de 3 a 28 días, con promedio de 6 días.

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Diligenciamiento de la ficha clínico epidemiológica, por parte del médico tratante.
3. Manejar el paciente con **AISLAMIENTO PROTECTOR y SENSORIAL**
4. Aplicación de antitoxina tetánica según esquema para la edad.
5. Iniciar esquema de vacunación con toxoide tetánico **EN TODOS LOS CASOS**, ya que la enfermedad no confiere inmunidad.

## 24. Tosferina

Enfermedad bacteriana aguda que compromete el tracto respiratorio, caracterizada por una fase catarral inicial de comienzo insidioso, tos irritante que poco a poco se torna paroxística en una o dos semanas. Los paroxismos se caracterizan por accesos repentinos y violentos de tos, pueden ser seguidos de estridor inspiratorio, y en ocasiones, vómito.

Es producida por la bacteria *Bordetella pertussis*, la cual se adquiere por contacto persona a persona a través de gotitas de secreciones respiratorias de individuos, luego de 3 a 7 días de incubación.

Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
2. Diligenciamiento de la ficha clinicoepidemiológica por parte del médico tratante.
3. Manejo del paciente con aislamiento **RESPIRATORIO**.
4. Tomar cultivo de secreción nasofaríngea en medio de Bordet-Gengou o Reagan-Lowe suplementado. El cultivo solo será positivo pacientes con menos de 5 días de inicio de los síntomas y que además no se le haya iniciado tratamiento antibiótico.

## 25. Tuberculosis

Enfermedad infecciosa bacteriana crónica. Inicialmente

suele ser asintomática, las manifestaciones clínicas dependen del órgano comprometido. El asiento inicial más frecuente es el tejido pulmonar desde donde se disemina vía hemolinfática a otras estructuras del organismo como meninges, huesos, riñones e intestino, entre otros. Es producido principalmente por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Tiene como periodo de incubación un lapso desde el momento mismo de la infección hasta 12 semanas, siendo el paciente infectante durante todo el tiempo que el paciente expulsa bacilos tuberculosos, siendo la vía de transmisión principal la respiratoria, por inhalación del bacilo por gotitas procedentes de secreciones bronquiales de pacientes con tuberculosis al toser o estornudar.

#### Flujograma:

1. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico (BK positivo, cultivo positivo o impresión clínica según sea la máxima certeza diagnóstica que se tenga).
2. Solicitar prueba para VIH según protocolo correspondiente.
3. Manejar al paciente con aislamiento respiratorio.
4. Enviar la Historia Clínica con los resultados de baciloscopias y radiografías al responsable del municipio para la investigación de contactos.
5. En caso de ser paciente vinculado al Sistema de Seguridad Social remitir por escrito al egreso al Hospital Local de procedencia del paciente, o al Centro de Salud de los municipios más grandes. Igualmente procede con la Entidad Promotora de Salud o Administradora de Régimen Subsidiado responsable del paciente.

## 26. Virus de la inmunodeficiencia humana

Es todo paciente con prueba de ELISA positiva para VIH (VYH<sub>0</sub>, VIH<sub>1</sub> y VIH<sub>2</sub>). Tiene un periodo de incubación de 8 a 12 semanas, pudiendo ser de años. Es transmisible desde el momento de producirse la infección, vía contacto sexual, tranplacentariamente, transfusiones sanguíneas con sangre contaminada y por contacto con fluidos corporales de pacientes infectados.

#### Flujograma:

1. Dar consejería pretest antes de solicitar la prueba de ELISA para VIH. Los objetivos de la consejería son dar información básica sobre el examen y la enfermedad, recalcar la importancia y el significado de la prueba, y preparar a la persona para un eventual resultado positivo. En todo caso la decisión de hacerse la prueba es **voluntaria** y con **consentimiento previo** por escrito (Decreto 0559 de 1993).

2. Notificación inmediata e individual al responsable institucional por el médico que hace el diagnóstico.
3. El médico tratante debe llenar la ficha clinicoepidemiológica.
4. Informar el resultado de la prueba de ELISA al paciente. Esto es **responsabilidad del médico** que hizo la solicitud (Artículo 6, Capítulo II, Decreto 0559 de 1993).
5. Solicitar prueba confirmatoria en caso de que no la tenga. Para esto se envía suero al Laboratorio Departamental de Salud Pública.
6. El resultado de la prueba confirmatoria será entregado por el médico responsable del paciente.

#### SUMMARY

The epidemiologic surveillance is the support of the process for preventing and controlling infectious diseases in terms of public health; this provides vital information for making important decisions. In Colombia there is a list of diseases that doctors must report immediately to the public health authorities as soon as the diagnosis is made, or if there is a diagnostic suspicion. In this article we show the basic epidemiologic surveillance scheme for these conditions, including: case definition, steps to follow for each situation to confirm the diagnoses, providing free treatment if the cases are defined, and the institution of prevention measures for the patient, his family and his community.

The objective of this article is to orientate the medical services, and those who give medical assistance, in the compromise of the obligatory notification activities of the diseases under surveillance. We include the entities in alphabetic order and their general characteristics of the clinical, etiology, way of transmission, and the basic actions to perform the process of epidemiologic surveillance (flow chart). However this recommendations ARE NOT a diagnostic or therapeutic protocol but a guidance to carry out the legal obligation of notifying for preventing and controlling the dissemination of this diseases

**KEY WORDS:** Obligatory notification diseases, Epidemiologic surveillance, control of infections

#### BIBLIOGRAFIA

1. Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2 ed, 1988.
2. Benes A (editor). El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 18 ed, 1997.
3. Cáceres FM. Protocolos de vigilancia epidemiológica de las enfermedades de notificación obligatoria. 4 ed. Unidad de Epidemiología, Empresa Social del Estado Hospital Universitario Ramón González Valencia, Bucaramanga, 1998.
4. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Oficina de Epidemiología. Protocolos de vigilancia epidemiológica. IV edición, 1996.
5. Ministerio de Salud. Guía integral de manejo de las enfermedades transmitidas por vectores. Módulo 4, 1996.
6. Mortimer EA, Fox JP. Epidemiology of infectious diseases. En Feigin RD, Cherry JD (eds). Textbook of pediatric infectious diseases. WB Saunders, 1998.
7. Niño CL. Manual de normas para la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal. Unidad de Epidemiología, Empresa Social del Estado Hospital Universitario Ramón González Valencia, Bucaramanga, 1996.
8. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud Materno-infantil y población. Políticas Nacionales acerca de la organización de las acciones de control de las IRA y EDA. OPS, 1993.
9. Restrepo A et al. Enfermedades infecciosas. Fundamentos de Medicina. 5 ed., CIB, Medellín, 1996.
10. Rueda FA, Díaz LA, Cáceres FM. Procedimientos en la evaluación de las infecciones nosocomiales. *Temas Pediatr Nestlé* 1996; 143: 1-31
11. Speck WT. Viral infections and those presumed to be caused by viruses. Behrman RE (editor). Textbook of pediatrics. Baltimore, WB Saunders, 15 ed, 1995.