



RESOLUCIÓN 4/2001
GRUPO MERCADO COMÚN (G.M.C.)

Listado y Definición de las Enfermedades de Notificación Obligatoria entre los Estados Partes del MERCOSUR. Deroga resolución GMC 80/99.
Del: 26/04/2001

VISTO El Tratado de Asunción, el Protocolo de Ouro Preto las Resoluciones N° 91/93, 50/99 y 80/99 del Grupo Mercado Común y la Recomendación N° 01/01 del SGT N° 11 Salud.

CONSIDERANDO

Que es necesario conferir mayor sensibilidad al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de modo de asegurar la implementación oportuna de las medidas de vigilancia y control.

La revisión de la Res. GMC N° 80/99 Listado de Enfermedades de Notificación Obligatoria entre los Estados Partes del MERCOSUR, determinada por el GMC en su XL Reunión Ordinaria.

EL GRUPO MERCADO COMÚN RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Listado y Definición de las Enfermedades de Notificación Obligatoria entre los Estados Partes del MERCOSUR, que consta como Anexo y forma parte de la presente Resolución.

Art. 2°.- El SGT N° 11 deberá en cada una de sus reuniones elevar al Grupo Mercado Común una Recomendación actualizando el Listado y Definición de Enfermedades de Notificación Obligatoria entre los Estados Partes del MERCOSUR, según consta en el Anexo, y si corresponde, proponer alteraciones en la Planilla de Notificación Obligatoria entre los Estados Partes del MERCOSUR de la Res. GMC N° 50/99.

Art. 3°.- Los Estados Partes pondrán en vigencia las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas necesarias para dar cumplimiento a la presente Resolución a través de los siguientes organismos:

Argentina: Ministerio de Salud

Brasil: Ministério da Saúde

Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Uruguay: Ministerio de Salud Pública

Art. 4°.- Derógase la Resolución GMC N° 80/99.

Art. 5°.- Los Estados Partes del MERCOSUR deberán incorporar la presente Resolución a sus ordenamientos jurídicos nacionales antes del 26/X/01.

ANEXO

LISTADO Y DEFINICIÓN DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA ENTRE LOS ESTADOS PARTES DEL MERCOSUR

Para la realización de la vigilancia epidemiológica y de las acciones de prevención y control serán utilizadas las siguientes definiciones:

1) CÓLERA:

Caso sospechoso:

* En una zona donde la enfermedad no esté presente, deshidratación grave o muerte por diarrea acuosa aguda en un paciente de 5 años de edad o más; o

* En una zona donde hay epidemia de Cólera, diarrea acuosa aguda, con o sin vómitos, independiente de la edad.

Caso confirmado:

* Es un caso sospechoso confirmado por laboratorio por aislamiento de cepas toxigénicas de *Vibrio cholerae* 01 o 0139; o

* Por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

2) DENGUE

2.1) DENGUE CLÁSICO

Caso sospechoso:

Paciente con enfermedad febril aguda con duración máxima de 7 días y con dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-orbitario, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas y leucopenia.

Caso confirmado:

* Caso sospechoso confirmado por laboratorio, por alguna de las siguientes técnicas:

- Detección de IgM específica por enzoinmunoensayo (ELISA) de captura,

- Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR),

- Aislamiento viral,

- Inmunohistoquímica,

- Neutralización o inhibición de hemaglutinación (IHA),

- Cuadruplicación, de títulos de IgG en sueros pareados

* Por nexo epidemiológico de un caso confirmado por laboratorio; o

* En el curso de una epidemia por criterios clínico-epidemiológicos.

2.2) DENGUE HEMORRÁGICO

Todo caso sospechoso o confirmado de Dengue con:

* Manifestaciones hemorrágicas con una o más de las siguientes características:

- Prueba del torniquete positiva,

- Petequias, equimosis o púrpura,

- Hemorragia de las mucosas, del aparato digestivo, sitios de inyección u otros sitios,

- Hematemesis o melena; y

* Trombocitopenia (100.000 células o menos por mm³)

* Indicios de pérdida de plasma debida al aumento de la permeabilidad vascular, con una o más de las siguientes manifestaciones:

- Aumento del índice hematocrito en 20% o más del valor normal.

- Disminución del 20% o más del índice hematocrito después del tratamiento de reposición de pérdidas en comparación con el nivel de base,

- Signos de pérdida de plasma (derrame pleural, hipoproteinemia y ascitis).

2.3) SÍNDROME DE SHOCK POR DENGUE

Todos los criterios anteriores para el Dengue hemorrágico más indicios de insuficiencia circulatoria con las siguientes manifestaciones:

* Pulso rápido y débil,

* Hipotensión arterial para la edad, con piel fría, húmeda y agitación.

3) DIFTERIA

Caso sospechoso:

Toda persona que presenta cuadro agudo de infección orofaríngea, con presencia de placas blanco-grisáceas adherentes, ocupando las amígdalas y pudiendo invadir otras áreas de la faringe u otras mucosas y piel, con compromiso del estado general y fiebre moderada.

Caso confirmado:

* Caso sospechoso confirmado por laboratorio por aislamiento del agente etiológico; o

* Por vínculo epidemiológico con un caso confirmado laboratorialmente.

4) ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA

Caso sospechoso:

Paciente con aparición súbita de fiebre (> 38° C) y al menos uno de los siguientes síntomas o signos:

* Rigidez de nuca

* Alteración de la conciencia

- * Otros signos de irritación meníngea
- * Erupción cutánea petequeal o purpúrica.

En los menores de 1 año de edad se sospecha meningitis cuando la fiebre está acompañada de abombamiento de fontanela, vómitos, somnolencia, irritabilidad, convulsiones, con o sin erupción petequeal.

Caso confirmado:

Caso sospechoso con aislamiento del agente etiológico por medio de cultivo de Líquido Céfalo Raquídeo (LCR), sangre u otro fluido.

5) FIEBRE AMARILLA

Caso sospechoso:

Area sin vector

Todo individuo sin antecedentes de vacunación antiamarílica en los últimos 10 años procedente de zona con evidencia de transmisión de Fiebre Amarilla, 6 días previos a la aparición de los síntomas, que presenta fiebre de hasta 2 semanas de duración seguida de ictericia y/o manifestaciones hemorrágicas.

Area con vector

Paciente sin antecedente de vacunación antiamarílica en los últimos 10 años, con cuadro febril agudo de inicio súbito, procedente de área endémica para Fiebre Amarilla Silvestre y/o de ocurrencia de casos de Fiebre Amarilla en los 6 días previos a la aparición de los síntomas.

Caso confirmado:

- * Por criterio de laboratorio: confirmado por alguna de las siguientes técnicas:
 - Presencia de IgM específica.
 - Aumento cuádruple de los niveles de IgG en pares de muestras de suero (fase aguda y convalecencia)
 - Detección del antígeno específico en los tejidos por inmunohistoquímica.
 - Aislamiento del virus
 - Detección por PCR positiva (obligatoria en individuos vacunados).

- * Por criterio clínico-epidemiológico: caso sospechoso que evolucionó a la muerte en menos de 10 días sin confirmación de laboratorio, en el curso de un brote, en que otros casos fueron confirmados por laboratorio.

6) FIEBRE TIFOIDEA

Caso sospechoso:

Todo individuo con síndrome febril prolongado, que puede estar acompañado de uno o más de los siguientes signos o síntomas de: cefalea, malestar general, dolor abdominal, anorexia, esplenomegalia, disociación de pulso - temperatura, constipación o diarrea y roseolas tíficas.

Caso confirmado:

- * Caso sospechoso confirmado por laboratorio con aislamiento del agente por hemocultivo, coprocultivo o mielocultivo o PCR; o
- * Por nexo epidemiológico con caso confirmado por laboratorio en el curso de un brote.

7) HANTAVIROSI (SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS - SPH)

Caso Sospechoso:

Paciente previamente sano, con:

- * Prodromos de síndrome gripal (fiebre mayor de 38°C, mialgias, escalofríos, gran astenia, sed y cefalea), con o sin síntomas gastrointestinales. Datos laboratoriales: hematocrito elevado, plaquetopenia, leucocitosis con neutrofilia, linfocitos atípicos, elevación de LDH y transaminasas, seguido de compromiso de la función respiratoria de etiología no determinada e infiltrados pulmonares bilaterales; o

- * Enfermedad que evoluciona a la muerte con cuadro de edema pulmonar no cardiogénico. Esta definición es válida para áreas donde previamente no se han presentado casos. En zonas endémicas, el diagnóstico debe sospecharse en el período prodrómico.

Caso confirmado:

- Caso sospechoso confirmado por laboratorio por alguno de los siguientes criterios:
 - Serología por ELISA (IgM o seroconversión de IgG).

- RT-PCR en tejidos de células infectadas.
- Inmunohistoquímica en tejidos de células infectadas.

8) MALARIA (PALUDISMO)

Caso sospechoso:

Todo individuo que presenta un cuadro febril y que procede de área donde haya transmisión de Paludismo (Malaria) o que haya recibido transfusión sanguínea en zonas endémicas. Ambos casos en los últimos 12 meses.

Caso confirmado:

Caso sospechoso que tenga detección de plasmodio en frotis de sangre (Gota gruesa).

9) PESTE

Caso sospechoso:

Todo paciente que visitó en los 10 días previos un área endémica o próxima a un foco natural de transmisión de Peste y que presenta cuadro agudo de fiebre y adenopatías (sintomático ganglionar), o síntomas respiratorios (sintomático neumónico), acompañado o no de manifestaciones clínicas generales de la enfermedad.

Caso confirmado:

* Todo caso sospechoso confirmado por laboratorio, con una de las siguientes pruebas:

- Hemaglutinación pasiva (PHA).
- Inmunofluorescencia indirecta.
- Dot-Elisa.
- Por aislamiento de *Yersinia pestis*; o

* Por nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio.

10) POLIOMIELITIS

Caso sospechoso:

Cualquier individuo menor de 15 años con Parálisis Aguda Fláccida (PFA), sin antecedentes de trauma reciente.

Caso confirmado:

Caso sospechoso confirmado por laboratorio: por aislamiento del poliovirus salvaje de las heces del caso o de sus contactos.

Caso compatible:

Cuando no se obtuvo una muestra adecuada de heces en pacientes con páralisis residual compatible con Poliomieltitis en las siguientes situaciones:

- Al cabo de 60 días de inicio de PFA; o
- Sobreviene la muerte dentro de los 60 días de inicio de PFA; o
- No se hace seguimiento del caso.

11) RABIA HUMANA

Caso sospechoso:

Es toda persona que presenta como cuadro clínico, síndrome neurológico agudo (encefalitis) dominado por formas de hiperactividad (rabia furiosa), o síndrome paralítico (rabia muda), generalmente seguido de insuficiencia respiratoria, que progresa hacia el coma y la muerte con antecedentes o no de exposición o infección por el virus rábico.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso, en que se demuestre el virus rábico a través del estudio por laboratorio o caso sospechoso con antecedentes de exposición a animal rabioso confirmado por laboratorio, con alguna de las siguientes técnicas:

* Diagnóstico ante-mortem:

- Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia en impresión corneal o bulbos pilosos de la nuca.
- Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia después de la inoculación de saliva en ratones lactantes o en cultivo celular
- Detección de anticuerpos neutralizantes específicos para Rabia en suero y/o en LCR de una persona sin antecedentes de vacunación
- Detección de ácido nucleico del virus rábico por PCR en muestras de saliva, o inmunofluorescencia en bulbos pilosos de la nuca.

* Diagnóstico post-mortem:

- Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia en muestras de tejido cerebral.
- Detección de antígeno rábico por inmunofluorescencia después de la inoculación de muestras de tejido cerebral en ratones lactantes o en cultivo celular.

12) RUBEOLA

Caso sospechoso:

Todo individuo con enfermedad aguda febril y erupción morbiliforme habitualmente acompañada por adenomegalias, independientemente de la situación vacunal.

Caso confirmado:

* Caso sospechoso confirmado por laboratorio con alguna de las siguientes determinaciones:

- Presencia de IgM específica.
- Aumento de título de IgG en muestras pareadas.
- Aislamiento viral; o

* Por nexo epidemiológico con caso confirmado por laboratorio.

13) SARAMPIÓN

Caso sospechoso:

Toda persona que presenta fiebre y exantema máculo-papular, acompañado por una o más de las siguientes manifestaciones: tos, coriza, conjuntivitis.

Caso confirmado:

* Caso sospechoso confirmado por laboratorio por algunas de las siguientes técnicas.

- Detección de IgM por ELISA de captura
- Aislamiento viral; o

* Por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

14) TÉTANOS NEONATAL

Caso sospechoso:

* Todo recién nacido que nace bien y succiona normalmente y que entre el 3° y 28° día de vida, presenta dificultades para succionar, llanto constante e irritabilidad; o

* Muerte por causa desconocida en recién nacido entre el 3° y 28° día de vida.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso, asociado a manifestaciones clínicas como: trismus, risa sardónica, opistótonos, crisis de contracturas, rigidez de nuca. No siempre se observan señales inflamatorias en el cordón umbilical.

El diagnóstico es eminentemente clínico, no habiendo necesidad de confirmación laboratorial.

