

DEFINICIÓ DE CAS DE LES MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA



Generalitat de Catalunya
Departament
de Salut

DEFINICIÓ DE
CAS DE LES
MALALTIES
DE DECLARACIÓ
OBLIGATÒRIA



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**

© Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Edita: Direcció General de Salut Pública

11a. edició: Barcelona, desembre de 2006

1a. reimpressió: Barcelona, desembre de 2007

2a. reimpressió: Barcelona, desembre de 2008

3a. reimpressió: Barcelona, desembre de 2009

4a. reimpressió: Barcelona, desembre de 2010

Tiratge: 2.500 exemplars

ISSN: 1576-4311

Dipòsit legal: B-37.402-2001

Producció: Gràfiques Cuscó, S.A.



ÍNDEX

Introducció	5	Limfogranuloma veneri (LGV)	31
Amebosi	7	Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae</i> tipus b	32
Botulisme	8	Malaltia meningocòccica	33
Brucel·losi	9	Oftàlmia neonatal	34
Carboncle	10	Paludisme	35
Còlera	11	Parotiditis	36
Condiloma acuminat	11	Pesta	37
Diftèria	12	Poliomielitis	38
Enteritis i diarrees	12	Ràbia	39
Escarlatina	13	Rubèola	40
Febre botonosa	14	Rubèola congènita	41
Febre groga	15	Shigel·losi	42
Febre tifoide i paratifoide	16	Sida/VIH	42
Grip	16	Sífilis	45
Gastroenteritis per <i>Escherichia</i> <i>coli</i> O157:H7	17	Sífilis congènita precoç	46
Hepatitis A	18	Síndrome hemolítica urèmica postdiarreica	47
Hepatitis B	18	Tètanus	48
Hepatitis C	19	Tètanus neonatal	48
Altres hepatitis víriques	20	Tífus exantemàtic	49
Herpes genital (VHS-1, VHS-2).	21	Tos ferina	50
Hidatidosi	22	Triquinosi	51
Infecció genital per clamidies (LGV exclòs)	23	Tuberculosi	52
Infecció genital pel virus del papil·loma humà (només condilomes)	24	Varicel·la	53
Infecció gonocòccica	25	Xarampió	54
Infecció per tricomones	26	Altres MTS	55
Legionel·losi	27	SIDA. Resum de la definició de cas	56
Leishmaniosi	28	Bibliografia	60
Leptospirosi	29	Annex	61
Lepra	30		

HAN COL·LABORAT EN L'ELABORACIÓ D'AQUESTA EDICIÓ

Mireia Alberny i Iglesias (9)
Josep Àlvarez i Rodríguez (1)
Miquel Alsedà i Graells (2)
César Arias i Varela (3)
Antoni Artigues i Artigas (2)
Irene Barrabeig i Fabregat (4)
Neus Cardenosa i Marín (6)
Jordi Casabona i Barbarà (9)
Joan Artur Caylà i Boqueres (5)
Montserrat Calmet i Tarruella (6)
Neus Camps i Cura (7)
Glòria Carmona i Parcerisa (6)
Pilar Ciruela i Navas (6)
Maria Companys i Regàs (7)
Núria Fullia i Alzina (7)
Pere Godoy i Garcia (2)
Evelin López Corbeto (9)
Rossie G. Lugo i Colón (9)
Rocio Maldonado i Yangüas (5)
Anna I. Martínez i Mateo (6)
Joan Masip i Masip (9)
Sofia Minguell i Vergés (8)
Àngels Orcau i Palau (5)
Helena Pañella i Noguera (5)
Ignasi Parrón i Bernabé (1)
Ariadna Rovira i Freixa (4)
Rosa Sala i Farré (3)
Isabel Sánchez i Sánchez (4)
Joan Torres i Puiggròs (2)
Núria Vives i Martín (9)

RESPONSABLE DE L'EDICIÓ

- (1) Unitat de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme.
- (2) Secció d'Epidemiologia del Servei Territorial de Salut a Lleida.
- (3) Unitat de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Centre.
- (4) Unitat de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Costa Ponent.
- (5) Agència de Salut Pública de Barcelona.
- (6) Servei de Vigilància Epidemiològica.
- (7) Secció d'Epidemiologia del Servei Territorial de Salut a Girona.
- (8) Secció d'Epidemiologia del Servei Territorial de Salut a Tarragona.
- (9) Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i la Sida de Catalunya (CEEISCAT).

INTRODUCCIÓ

El sistema de declaració obligatòria de malalties (MDO) es basa en la declaració que fan els metges quan sospiten l'existència de qualsevol de les malalties que conformen la llista de les MDO.

Clàssicament, la declaració de malalties havia estat depenent en exclusiva del criteri de cada metge declarant. Aquest fet havia produït una informació no sempre homogènia que limitava, en part, la seva validesa com a font d'informació sanitària. Per això, l'any 1993 es van establir uns criteris que servissin de referència als professionals sanitaris a l'hora de realitzar la declaració obligatòria i als epidemiòlegs a l'hora de validar les dades. Després de consultar un ampli conjunt d'experts en malalties infeccioses i en microbiologia de Catalunya, que van ser referenciats a la primera edició, es va elaborar una definició de cas per a cadascuna de les malalties que composaven la llista de les MDO.

Per a totes les malalties es va elaborar una definició de cas confirmat i una altra de cas sospitós. N'hi ha prou amb la sospita clínica per realitzar la declaració, ja que aquest sistema d'informació sanitària es configura com un sistema d'alerta que ha de permetre detectar, amb rapidesa, possibles problemes de salut i adoptar, consegüentment, les mesures de control apropiades.

Uniformar els criteris que s'utilitzen per a la declaració és un requisit necessari per millorar la qualitat de la informació generada pel sistema MDO; incrementa l'especificitat de determinades notificacions, contribueix a augmentar el coneixement de la situació real de les malalties transmissibles a la comunitat i possibilita, per tant, que les mesures de control siguin les més adequades per a les diferents situacions.

L'any 2000 es van introduir alguns canvis en el llistat de malalties que cal notificar. Així, es va suprimir la definició de pneumònia, que va deixar de ser una malaltia de declaració obligatòria i s'hi van afegir dues noves entitats: la gastroenteritis per *Escherichia coli* O157:H7 i la síndrome hemolítica urèmica.

INTRODUCCIÓ

També es va introduir un annex en el que s'indiquen els períodes de temps idonis per prendre mostra de sèrum per a la detecció d'IgM en algunes malalties.

La llista de malalties de declaració obligatòria es va ampliar l'any 2006 amb les següents incorporacions: limfogranuloma veneri, herpes genital, infecció genital pel virus del papil·loma humà i infecció per tricomones.

L'any 2009 es suprimeix la definició de l'infecció pel virus del papil·loma humà (VPH) i s'incorporen les definicions de les següents malalties: condiloma acuminat en lloc de la infecció pel virus del papil·loma humà (VPH), infecció del virus de immunodeficiència humana (VIH) i hepatitis C com a noves malalties de declaració obligatòria.

AMEBOSI

Descripció clínica

Infecció causada per un protozoo que cursa amb afectació intestinal o extraintestinal.

La malaltia intestinal pot variar la seva forma de presentació i oscil·la des d'una disenteria aguda, amb diarrea mucoide o sanguinolenta (disenteria), fins a un lleuger malestar abdominal, alternats amb episodis de restrenyiment o remissió. Hi ha infeccions asimptomàtiques.

En cas d'afectació extraintestinal, l'abscess hepàtic és la manifestació més freqüent.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Detecció en la femta de trofozoïts hematòfags o de quists d'*Entamoeba histolytica*.
- ☐ Detecció per histologia de trofozoïts o cists en biòpsia de teixit intestinal, extraintestinal o úlceres.
- ☐ Detecció d'anticossos específics per enzimoinmunoanàlisi, immunofluorescència o hemaglutinació passiva (diagnòstic de presumpció). És més freqüent en les formes extraintestinals.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori. En la forma extraintestinal, l'abscess hepàtic amb serologia positiva és cas confirmat.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible amb antecedent de viatge a un país endèmic o relacionada amb un cas confirmat.

BOTULISME

Descripció clínica

Botulisme per aliments

Malaltia causada per la ingesta de toxina botulínica, caracteritzada per manifestacions clíniques principalment del sistema nerviós. A l'inici poden presentar-se vòmits, restrenyiment o diarrea. Són freqüents la ptosi, visió borrosa, diplòpia, com també l'aparició de paràlisi flàccida descendent i simètrica amb símptomes de parasimpàticolisi (midriasi, sequedat de boca, meteorisme i retenció d'orina). Es tracta d'una malaltia greu que pot conduir a la mort, generalment per aturada respiratòria.

Botulisme del lactant

Forma que afecta els lactants, que es manifesta amb restrenyiment, inapetència i indiferència, ptosi, dificultats a la deglució i aparició de debilitat progressiva (nens "fluixos"), que evoluciona en alguns casos cap a insuficiència i parada respiratòries.

Botulisme per ferides

Forma de malaltia amb la mateixa presentació clínica que el botulisme per aliments, com a conseqüència del fet que l'organisme causant ha infectat una ferida.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Botulisme per aliments

Un dels dos:

- ☐ Detecció de toxina botulínica al menjar, sèrum, femta o contingut gàstic.
- ☐ Aïllament de *Clostridium botulinum* de la femta dels pacients.*

Botulisme del lactant

- ☐ Detecció de toxina botulínica en la femta.
- ☐ Aïllament de l'agent causal de la femta*.

Botulisme per ferides

- ☐ Detecció de la toxina botulínica en el sèrum.
- ☐ Aïllament de l'agent causal de la ferida.

Cas confirmat

Cas clínicament compatible, confirmat per laboratori.

Cas sospitós

Botulisme per aliments

Malaltia clínicament compatible i epidemiològicament relacionada amb la ingesta d'aliment sospitós.

Botulisme del lactant

Malaltia clínicament compatible en un menor d'un any.

Botulisme per ferides

Malaltia clínicament compatible en un pacient que no ha ingerit cap aliment sospitós i que presenta l'antecedent de ferida contaminada dues setmanes abans de l'inici dels símptomes.

* L'aïllament de *Clostridium botulinum* en la femta no té valor diagnòstic absolut, però, com que habitualment no es troba en la femta de les persones que no pateixen la malaltia, permet fer un diagnòstic de presumpció.

BRUCEL·LOSI

Descripció clínica

Malaltia infecciosa que pot cursar de formes molt diverses. És característica la presència de febre (encara que hi ha casos febriculars i fins i tot apirètics), sudació nocturna, esgarrifances, astènia, anorèxia, pèrdua de pes, cefalea, artràlgies, esplenomegàlia i limfadenopatia. Poden haver-hi infeccions subclíniques.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *Brucella* d'una mostra clínica.
- ☐ Detecció d'anticossos IgM per enzimoinmunoanàlisi.
- ☐ Seroconversió per aglutinació o per enzimoinmunoanàlisi.
- ☐ Detecció de títols aglutinants $\geq 1/160$.*
(diagnòstic de presumpció).

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible que es presenta en una persona que està epidemiològicament relacionada amb la ingesta d'aliment sospitós o que té contacte amb animals infectats, o que està associada a un cas confirmat, sobretot si la prova ràpida d'aglutinació Rosa de Bengala és positiva.

* En àrees no endèmiques, els títols més baixos poden ser diagnòstics.

CARBONCLE

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda amb diverses formes clíniques de presentació: cutània, pulmonar i intestinal.

Forma cutània: Lesió indolent papular en la pell que, després d'una fase vesicular, es transforma al cap de 2 a 6 dies en una escara negra.

Forma pulmonar: Per inhalació d'espores de *B. anthracis*. Comença amb símptomes inespecífics semblants als d'una infecció comuna de vies respiratòries, però en pocs dies evoluciona cap a la simptomatologia aguda i greu d'afecció respiratòria, amb exament mediastínic, febre, shock i, molt freqüentment, mort.

Forma intestinal: Presentació molt rara, produïda per la ingesta de carn contaminada. En la seva forma típica cursa amb males-tar abdominal, seguit de febre, signes de septicèmia i, molt freqüentment, mort.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *Bacillus anthracis* en una mostra clínica.
- ☐ Demostració de l'agent causal en una mostra clínica per immunofluorescència directa.
- ☐ Seroconversió per enzimoinmunoanàlisi.
- ☐ Detecció de títols alts per enzimoinmunoanàlisi (diagnòstic de presumpció).

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible, sobretot si es presenta en una persona que té activitat professional relacionada amb animals o productes derivats d'ells.

CÒLERA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda que es caracteritza per l'aparició de deposicions extraordinàriament nombroses i aquoses (en aigua d'arròs), que poden acompanyar-se de vòmits sense nàusees, acidosi, enrampaments a les cames deguts als trastorns electro-lítics i col·lapse circulatori. La infecció asimptomàtica és freqüent, sobretot en nens.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Aïllament de *Vibro cholerae* O1 i O139 toxigènic en femta o vòmits.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitos

Malaltia clínicament compatible en situació epidèmica, que està relacionada epidemiològicament amb un cas confirmat o que es dona en un individu arribat recentment d'una àrea endèmica.

CONDILOMA ACUMINAT

Descripció clínica

Els condilomes acuminats o les berrugues genitals es una malaltia de transmissió sexual causada per més de trenta tipus del virus del papil·loma humà (VPH), que es caracteritza per afectar l'àrea genital tant en els homes com en les dones. Les formes clíniques es caracteritzen per la presència de creixements exofítics visibles únics o múltiples en els genitals interns o externs, el perineu o la regió perianal, i algunes vegades tenen forma de coliflor.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Detecció dels fragments genòmics específics del virus del papil·loma humà en una mostra obtinguda per biòpsia.

Cas confirmat

Persona amb criteris clínicament compatibles i confirmada per laboratori.

Cas probable

Persona amb criteris clínicament compatibles.

DIFTÈRIA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda que afecta principalment les amígdalles, la faringe, la laringe i el nas, i, ocasionalment, altres membranes mucoses o la pell. La lesió consisteix en una o més plaques de membrana grisenca, amb una zona inflamada circumdant de color vermell mat. Poden detectar-se adenomegàlies regionals. Com a conseqüència de la disseminació a distància de la toxina produeix també simptomatologia general, particularment a nivell cardíac i del sistema nerviós central.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *Corynebacterium diphtheriae* en una mostra clínica (soca toxigènica).

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible i que està o bé confirmada per laboratori o bé epidemiològicament relacionada a un cas confirmat per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible.

ENTERITIS I DIARREES

Descripció clínica

Grup de malalties infeccioses que cursen amb inflamació del tub digestiu i/o augment de la freqüència, fluïdesa i sovint del volum de les deposicions (diarrea). Moltes vegades s'acompanya d'altres símptomes com febre, anorèxia, cefalea, vòmits, malestar general o miàlgies.

Com que poden estar causades per agents etiològics molt variats, cal aclarir que sota aquesta rúbrica s'ha de declarar tot quadre que cursi amb afectació digestiva i diarrees, excloent-hi: la shigel·losi, l'amebiasi, el còlera i qualsevol altra entitat que sigui MDO, encara que cursi amb diarrea.

ESCARLATINA

Descripció clínica

Forma de malaltia apareguda al curs d'una infecció estreptocòcica generalment faríngia. Es caracteritza per l'aparició d'una erupció cutània característica, amb enantema, exantema i llengua de gerdó, a més dels símptomes propis d'angina estreptocòcica. Les infeccions greus s'acompanyen de febre alta, nàusees i vòmits.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Aïllament de *Streptococcus pyogenes* del grup A en exsudat faringi.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible.

FEBRE BOTONOSA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa transmesa per paparres que es caracteritza per febre moderada, cefalea i miàlgies intenses i una petita úlcera (taca negra) en el punt de la picada. Entre el tercer i el cinquè dia, apareix l'exantema màculopapular, que generalment afecta les palmes de les mans i les plantes dels peus.

Críteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *Rickettsia conorii* en cultiu cel·lular.
- ☐ Detecció del genoma per tècniques d'amplificació amb restricció (PCR-RFLPs) en sang o teixits biopsiats.
- ☐ Demostració de l'agent causal en teixits cutanis per immunofluorescència directa.
- ☐ Detecció d'IgM per immunofluorescència indirecta.
- ☐ Seroconversió per immunofluorescència indirecta o fixació de complement.
- ☐ Detecció de títols alts: $\geq 1/80$ per immunofluorescència indirecta (diagnòstic de presumpció).

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible.

FEBRE GROGA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa transmesa per la picada d'un dels mosquits vectors, que es caracteritza per un inici sobtat, aparició de febre, esgarrifances, dorsàlgies, miàlgies, postració, nàusees, vòmits i icterícia. També pot haver-hi albuminúria, anúria i hemorràgies generalitzades. Sol haver-hi un breu període de remissió durant el curs de la malaltia. Poden donar-se formes lleus.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament del virus de la febre groga.
 - ☐ Detecció del genoma per tècniques d'amplificació (PCR) o d'altres en sang o teixit hepàtic.
 - ☐ Detecció d'antigen per immunohistoquímica en algun teixit, sang o altres fluids corporals.
 - ☐ Seroconversió per inhibició de l'aglutinació, neutralització o enzimoinmunoanàlisi en una persona que no té antecedent de vacunació en els dos mesos previs.
 - ☐ Detecció d'IgM per ELISA o immunofluorescència en absència de vacunació en els dos mesos previs.
- Cal descartar reaccions creuades amb altres flavivirus.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible que es presenta en una persona sense antecedent de vacunació que ha viatjat per una zona endèmica, en els últims dos mesos, i que és confirmada pel laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible en una persona sense antecedent de vacunació que ha viatjat en els dos últims mesos per una zona endèmica, que presenta títols serològics alts per fixació de complement, immunofluorescència, neutralització o inhibició de l'aglutinació, o positivitats de la IgM per enzimoinmunoanàlisi.

FEBRE TIFOIDE I PARATIFOIDE

Descripció clínica

Malaltia infecciosa generalitzada que es caracteritza per febre elevada contínua, malestar general, anorèxia, cefalàlgia, llengua saburrall, bradicàrdia relativa, esplenomegàlia, exantema en el tronc, tos no productiva i constipació. Pot cursar amb complicacions greus, com ara enterorràgia i perforació. Hi ha moltes infeccions lleus i atípiques.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Aïllament de *Salmonella* Typhi en sang, orina, femta o moll d'os.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible, sobretot si està epidemiològicament relacionada amb un cas confirmat.

GRIP

Descripció clínica

Malaltia aguda molt transmissible causada pel virus de la influença, que es caracteritza per un començament brusc, febre elevada, cefalea, malestar general, artromiàlgies, coriza, tos i odinofàgia, amb una duració de 2 a 7 dies.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de l'agent causal de secrecions nasofaríngies.
- ☐ Detecció de genoma per tècniques d'amplificació.
- ☐ Detecció d'antigen per enzimoimmunoanàlisi o per immunofluorescència directa.
- ☐ Seroconversió per fixació de complement o inhibició de l'aglutinació.
- ☐ Títols alts: $\geq 1/128$ per fixació de complement (diagnòstic de presumpció).

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible, sobretot en situació epidèmica.

GASTROENTERITIS PER *ESCHERICHIA COLI* O157:H7

Descripció clínica

Malaltia de gravetat variable que es caracteritza per diarrea (sovint amb sang) i dolor abdominal. La malaltia es pot complicar produint la síndrome hemolítica urèmica (SHU) o la púrpura trombòtica trombocitopènica; també poden haver-hi infeccions asintomàtiques.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament d'*Escherichia coli* O157:H7* d'una mostra clínica.
- ☐ Aïllament d'*Escherichia coli* O157:NM** verotoxigènic d'una mostra clínica.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Cas clínicament compatible que està relacionat epidemiològicament amb un cas confirmat.

* En la pràctica totes les soques d'*Escherichia coli* O157:H7 són verotoxigèniques.

** Algunes soques verotoxigèniques d'*E. coli* O157:H7 han perdut l'antigen flagel·lar i per això no són mòbils (NM).

HEPATITIS A

Descripció clínica

Malaltia que pot cursar amb una simptomatologia molt variada: malestar general, anorèxia, nàusees, vòmits, molèsties abdominals, diarrees, artràlgies, icterícia, febre. Hi ha un augment important d'aminotransferasa sèrica. La gravetat de la malaltia és força variable, i poden haver-hi casos asimptomàtics, formes lleus i encara que molt infreqüentment, casos fulminants. No evoluciona a la cronicitat. La majoria de casos en lactants i nens petits són asimptomàtics o presenten simptomatologia inespecífica molt lleu sense icterícia.

Críteris de laboratori per al diagnòstic

Positivitat d'IgM anti-VHA per enzimoimmunoanàlisi.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible i relacionada epidemiològicament amb un cas confirmat.

HEPATITIS B

Descripció clínica

Malaltia que pot cursar amb simptomatologia molt variada: malestar general, anorèxia, nàusees, vòmits, molèsties abdominals, diarrees, artràlgies, icterícia, febre. Hi ha un augment important d'aminotransferasa sèrica. La gravetat de la malaltia és força variable, i poden haver-hi casos asimptomàtics, formes lleus i casos fulminants. En alguns casos es produeix evolució a la cronicitat amb un risc elevat de desenvolupar cirrosi hepàtica o hepatocarcinoma.

Críteris de laboratori per al diagnòstic

Positivitat d'IgM anti-HBc per enzimoimmunoanàlisi.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible amb detecció de HBsAg(+) i absència de marcadors d'infecció per altres virus.

HEPATITIS C

Descripció clínica

Malaltia aguda caracteritzada per presència de símptomes i signes d'hepatitis (anorèxia, disconfort abdominal, nàusees, vòmits) acompanyats de: a) icterícia o b) nivells de ALT > 400 IU/l.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

- ☐ Seroconversió recent (en els darrers 6 mesos) a anti-VHC per enzimoinmunoanàlisi, o
- ☐ Demostració d'anti-VHC per diferents tipus de tests, o*
- ☐ Positivitat de RNA-VHC (per tècnica de PCR)*

A més, ha de complir-se que:

- ☐ Ig M enfront hepatitis A (IgM anti HAV) negativa, i
- ☐ Ig M enfront l'antigen core B (IgM anti-HBc) negatiu.

Cas confirmat

Malaltia amb clínica d'hepatitis vírica aguda, que està confirmada per laboratori i que no es coneix que sigui una hepatitis C crònica. La seroconversió recent , independentment que hi hagi expressió clínica o no és un cas confirmat.

Cas sospitós

Malaltia amb clínica d'hepatitis vírica aguda de la qual es tingui evidència que no està causada per VHA ni per VHB.

* Aquestes proves diagnòstiques no són específiques de malaltia aguda: cal valorar la clínica i els antecedents epidemiològics.

ALTRES HEPATITIS VÍRIQUES

Descripció clínica

Sota aquesta rúbrica s'han de notificar les formes agudes, d'hepatitis D (coinfecció o sobreinfecció pel virus d'hepatitis D en infectats pel VHB), d'hepatitis E i d'altres hepatitis d'etiologia vírica que no siguin hepatitis A ni hepatitis B.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Hepatitis D

Algun dels següents:

- ☐ Detecció d'HDAG.
- ☐ IgM anti-HD amb HBs Ag (+).

Hepatitis E

Algun dels següents:

- ☐ Detecció d'anticossos anti-VHE.**
- ☐ Seroconversió.

Cas confirmat

Malaltia amb clínica d'hepatitis vírica aguda, epidemiològicament compatible, confirmada per laboratori. Per a l'hepatitis C la seroconversió recent, independentment que hagi expressió clínica o no, és un cas confirmat.

* Aquestes proves diagnòstiques no són específiques de malaltia aguda; cal valorar la clínica i els antecedents epidemiològics.

Cas sospitós

Malaltia amb clínica d'hepatitis vírica aguda de la qual es tingui evidència que no està causada per VHA ni per VHB.

** Cal valorar els antecedents epidemiològics i en especial si el pacient ha viatjat recentment a àrees endèmiques.

HERPES GENITAL (VHS-1, VHS-2)

Descripció clínica

Malaltia infecciosa de transmissió sexual causada pels tipus 1 o 2 del virus de l'herpes simple. El VHS-2 es transmet per contacte sexual i el VHS-1 per contacte directe amb l'àrea afectada, que pot ser la boca, els llavis, la pell, les mucoses o les secrecions infectades, i per contacte sexual (orogenital). L'herpes genital es caracteritza per l'aparició de butllofes o vesícules genitals, lesions o úlceres genitals, anals o orals, disúria, augment de l'exsudat genital, adenitis regional, cervicitis i faringitis. Com a complicacions, hi ha l'encefalitis, les lesions digestives, la pneumonitis, les sobreinfeccions, les formes disseminades i infeccions oculars.

Després de la primoinfecció, el VHS es dissemina a les cèl·lules nervioses i es manté a l'organisme per la resta de la seva vida, amb recurrència intermitent dels brots.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament del virus de l'herpes simple en una mostra de cèrvix, uretra o de lesió anogenital.
- ☐ Demostració del virus de l'herpes simple per detecció dels antígens específics o per immunofluorescència directa en una mostra de cèrvix, uretra o de lesió anogenital.
- ☐ Detecció dels fragments genòmics específics del virus de l'herpes simple en una mostra clínica.
- ☐ Demostració de cèl·lules gegants amb inclusions intranuclears en una mostra de lesió anogenital.
- ☐ Detecció d'anticossos contra el virus de l'herpes simple en una mostra serològica.

Cas confirmat

Persona amb criteris de laboratori compatibles.

Cas probable

Persona amb criteris clínicament compatibles, sobretot si està relacionada epidemiològicament.

Comentari

L'herpes genital només s'ha de notificar la primera vegada que es diagnostica en cada pacient.

HIDATIDOSI

Descripció clínica

Malaltia infecciosa caracteritzada per la presència de quists. Les localitzacions més freqüents són el fetge i els pulmons. Amb menys freqüència, poden haver-hi quists en el ronyó, cor, ossos, sistema nerviós central i altres òrgans. Els símptomes de la malaltia depenen de la localització i del volum dels quists. Quan es localitzen en òrgans vitals, poden produir-se símptomes greus i, fins i tot, la mort.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Identificació d'escòlex o vesícules filles d'*Echinococcus granulosus* en una peça quirúrgica o a l'esput.
- ☐ Detecció de títols alts d'anticossos per hemaglutinació, làtex o contraimmunoelectroforesi (diagnòstic de presumpció).

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible, en què es troba una tumoració quística a l'exploració física, radiològica, TAC o ecografia, en un pacient amb bon estat general que procedeix de zona endèmica, que té antecedent de contacte amb gossos, o que presenta eosinofília.

INFECCIÓ GENITAL PER CLAMÍDIES (LGV EXCLÒS) (1)

Descripció clínica

Infecció genital de transmissió sexual causada per *Chlamydia trachomatis*. En l'home apareix una uretritis amb secreció mucosa escassa. Com a complicacions són freqüents la proctitis, l'epididimitis, la prostatitis i la síndrome de Reiter.

En les dones cursa amb cervicitis, i són habituals les infeccions asintomàtiques. La complicació més freqüent és l'endometritis aguda, la salpingitis aguda (amb possibles conseqüències d'embaràs ectòpic i infertilitat) i la perihepatitis.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *C. trachomatis* per cultiu en una mostra del tracte genitourinària, anal o conjuntiva, o mostra clínica.
- ☐ Demostració de *C. trachomatis* per detecció dels antígens específics o per immunofluorescència directa (DFA) en una mostra clínica.
- ☐ Detecció dels fragments genòmics específics de *C. trachomatis* en una mostra clínica.

Cas confirmat

Persona amb criteris de laboratori compatibles.

Cas probable

Persona amb criteris clínicament compatibles, sobretot si està relacionada epidemiològicament.

(1) Criteris de definicions de cas del CDC Europeu, 2006

INFECCIÓ GENITAL PEL VIRUS DEL PAPIL·LOMA HUMÀ (NOMÉS CONDILOMES)

Descripció clínica

Infecció de transmissió sexual causada per més de trenta tipus del virus del papil·loma humà (VPH), que es caracteritza per infectar l'àrea genital tant en els homes com en les dones. La majoria de les persones infectades pel VPH no presenten símptomes i la infecció es resol per si mateixa però, en una minoria, pot causar berrugues genitals, lesions intraepitelials escatoses dels genitals i, en alguns casos, pot evolucionar en un carcinoma de cèl·lules escatoses *in situ*, papulosi bowenoide, eritroplàsia de Queyrat o malaltia de Bowen dels genitals i carcinoma escatós de coll uterí, de vulva, de vagina, d'anús o de penis.

Les formes clíniques més freqüents són els condilomes acuminats o les berrugues genitals (que es caracteritzen per la presència de creixements exofítics visibles únics o múltiples en els genitals interns o externs, el perineu o la regió perianal, i algunes vegades tenen forma de coliflor), condilomes gegants (Buschke i Löwenstein) i condilomes plans.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Detecció dels canvis citopatològics o histopatològics característics de la infecció pel virus del papil·loma humà en mostres obtingudes per citologia o biòpsia exfoliativa;

i a més un dels següents:

- ☐ Detecció dels fragments genòmics específics del virus del papil·loma humà en una mostra obtinguda per citologia o biòpsia.
- ☐ Identificació del tipus del virus.

Cas confirmat

Persona amb criteris de confirmació per laboratori.

Cas sospitós

Persona amb criteris clínicament compatibles, sobretot si està relacionada epidemiològicament amb un cas confirmat.

Comentari

La infecció genital pel virus del papil·loma humà només s'ha de notificar la primera vegada que es diagnostica en cada pacient. Les formes asimptomàtiques de la infecció del VPH o d'altres formes clíniques no s'han de declarar.

INFECCIÓ GONOCÒCCICA (1)

Descripció clínica

Malaltia infecciosa de transmissió sexual. Les formes clíniques més importants són uretritis en l'home i cervicitis en la dona. Altres localitzacions són el canal anal, la faringe, etc. En la dona són freqüents les formes asimptomàtiques.

Si no es tracta adequadament, poden aparèixer complicacions locals, com ara salpingitis aguda, malaltia inflamatòria pèlvica, epididimitis, proctitis, faringitis o complicacions sistèmiques com artritis, lesions cutànies i septicèmia.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament per cultiu de *N. gonorrhoeae* en una mostra clínica.
- ☐ Detecció dels fragments genòmics específics de *N. gonorrhoeae* en una mostra clínica.
- ☐ Detecció microscòpica dels diplococs intracel·lulars gramnegatius en exsudats d'uretra en l'home.

Cas confirmat

Persona amb criteris de laboratori compatibles.

Cas sospitós

Persona amb criteris clínicament compatibles, sobretot si està relacionada epidemiològicament.

(1) Criteris de definicions de cas del CDC Europeu, 2006

INFECCIÓ PER TRICOMONES

Descripció clínica

Malaltia infecciosa de transmissió sexual causada pel protozou *Trichomonas vaginalis*, que afecta tant els homes com les dones, encara que els símptomes són més freqüents en les dones, amb la presència de petites úlceres vermelles a la paret de la vagina o del coll uterí o mucosa vaginal eritematosa i disúria. També pot causar vaginitis amb flux. En els homes infecta la uretra i causa uretritis subaguda i balanitis erosiva.

El paràsit es transmet a través de la relació sexual o pel contacte de genitals. La detecció del paràsit és més difícil en els homes que en les dones.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Demostració de *T. vaginalis* per microscòpia en fresc d'una mostra de les secrecions vaginals.
- ☐ Aïllament de *T. vaginalis* per cultiu de mostra clínica.
- ☐ Demostració de *T. vaginalis* per immunofluorescència directa en una mostra de les secrecions vaginals.
- ☐ Detecció dels fragments genòmics específics *T. vaginalis* en una mostra clínica.

Cas confirmat

Persona amb criteris de laboratori compatibles.

Cas probable

Persona amb criteris clínicament compatibles, sobretot si està relacionada epidemiològicament.

LEGIONEL·LOSI

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda que cursa amb febre, tos i pneumònia demostrada per radiografia toràcica. També pot cursar amb dolors abdominals, diarrea, encefalopatia, afectació de l'estat general, hiponatrèmia i augment de la creatinofosfoquinasa.

Hi ha una forma lleu (febre de Pontiac) sense afectació pulmonar que cursa amb anorèxia, malestar general, miàlgies i cefalea.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *Legionella* en les secrecions respiratòries, teixit pulmonar, líquid pleural, sang o altres llocs normalment estèrils.
- ☐ Detecció al teixit afectat o secrecions respiratòries de l'agent causal (per immunofluorescència directa).
- ☐ Detecció d'antigen de *L. pneumophila* a l'orina.
- ☐ Seroconversió enfront *L. pneumophila* per immunofluorescència indirecta, sempre que les dilucions del segon títol siguin $\geq 1/128$.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible sobretot si està epidemiològicament relacionada amb un cas confirmat.

LEISHMANIOSI

Descripció clínica

Leishmaniosi cutània i mucocutània

La leishmaniosi cutània o úlcera oriental és una malaltia produïda per leishmània (*Leishmania infantum* i *Leishmania tropica*) i transmesa per la picada d'un dípter del gènere *Phlebotomus* que es caracteritza per lesions ulceroses indolores de llarga evolució, úniques o més rarament múltiples.

La leishmaniosi mucocutània o espúndia, produïda per diverses espècies de *Leishmania* d'Amèrica i transmesa per la picada d'un dípter del gènere *Lutzomyia* es manifesta per les mateixes lesions cutànies i, a més, lesions ulceratives mutilants en faringe i nas.

Leishmaniosi visceral o kala-azar

Malaltia causada per leishmània (*Leishmania infantum* i *Leishmania donovani*, i *Leishmania chagasi* en Amèrica) i transmesa per la picada d'un dípter del gènere *Phlebotomus* en el vell món i *Lutzomyia* en Amèrica que es caracteritza per febre amb períodes alterns d'apirèxia, hepatoesplenomegàlia que pot arribar a ser molt important, pàncitopènia, hipergammaglobulinèmia i emaciació acompanyada de debilitat progressiva.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Leishmaniosi cutània i mucocutània

Un dels dos:

- ☐ Aïllament de l'agent causal.
- ☐ Identificació dels amastigots de leishmània mitjançant examen microscòpic de material tenyit obtingut per aspirat o raspat, de les vores de les lesions.

Leishmaniosi visceral o kala-azar

Un dels dos:

- ☐ Aïllament de l'agent causal.
- ☐ Observació dels amastigots en frotis tenyits de material obtingut de medul·la òssia, melsa, ganglis limfàtics i sang.
- ☐ Serologia positiva per ELISA o immunofluorescència indirecta.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible.

LEPTOSPIROSI

Descripció clínica

Malaltia infecciosa que es caracteritza per cursar amb manifestacions clíniques diverses com: febre, malestar, cefalàlgia, calfreds, vòmits i conjuntivitis. De vegades s'observa icterícia, meningitis, uveïtis i erupció cutània. La malaltia generalment cursa en forma bifàsica. També hi poden haver infeccions asimptomàtiques.

Rarament cursa amb insuficiència renal, anèmia hemolítica i hemorràgies a la pell i les mucoses.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *Leptospira interrogans* en una mostra clínica.
- ☐ Detecció de l'agent causal en teixits per tinció immunohistoquímica.
- ☐ Seroconversió per aglutinació microscòpica en camp fosc.
- ☐ Títols alts per aglutinació microscòpica en camp fosc.
- ☐ Detecció d'IgM per ELISA (diagnòstic de presumpció).

Cas confirmat

Cas clínicament compatible, confirmat per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible, especialment si els títols aglutinants són elevats i hi ha hagut contacte cutani amb orina o femta de rates o amb aigües residuals.

LEPRA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa crònica que afecta principalment la pell, mucosa de vies respiratòries altes i sistema nerviós perifèric, que causa anestèsia, paràlisi dels músculs i alteracions vegetatives de les zones inervades pels nervis afectats. Segons sigui la resposta immunitària del pacient a l'agent, pot presentar-se un quadre cutani neural autolimitat i amb tendència a la curació espontània (forma tuberculoide) o un quadre progressiu i amb afectació visceral (forma lepromatosa).

Forma tuberculoide: Poques lesions cutànies, asimètricament distribuïdes, de límits nítids, hipopigmentades o inflamatòries, anestèsiques i amb tendència a la curació central. Afectació neural limitada i de presentació precoç.

Forma lepromatosa: Lesions cutànies polimorfes (màcules, pàpules nòduls, plaques i zones d'infiltració difusa), simètricament distribuïdes, afectant quasi la totalitat de la superfície cutània i més evidents a la cara i al dors de les mans. Afectació neural extensa i simètrica, però tardana. Afectació visceral.

Forma dimorfa: Forma inestable, amb quadres cutanis i neurològics semblants als tuberculoides o lepromatosos segons el grau d'immunitat.

Críteris de laboratori per al diagnòstic

La demostració de bacils àcid alcohol resistents en pell o mucosa és diagnòstica en el cas de lepra lepromatosa o en la forma dimorfa. Per mesurar la quantitat de bacils s'utilitza l'índex bacteriològic (0 a 6).

Cas confirmat

Qualsevol cas que reuneixi un d'aquests criteris:

- ☐ Bacil·loscòpia positiva en pell o mucosa.
- ☐ Hipertròfia de troncs nerviosos perifèrics amb anestèsia de les lesions cutànies.

Cas sospitós

Malaltia amb lesions cutànies i dany del sistema nerviós perifèric.

LIMFOGRANULOMA VENERI (LGV) ⁽¹⁾

Descripció clínica

Malaltia de transmissió sexual causada pels serovars L1, L2 o L3 de *Chlamydia trachomatis* que es caracteritza per úlceres o lesions genitals, limfadenopatia inguinal, proctitis, cervicitis i uretritis. Aquesta infecció es transmet generalment per via sexual. La manifestació més comuna en els heterossexuals és la limfadenopatia inguinal i/o femoral tova unilateral. L'exposició rectal en les dones i en els homes que practiquen sexe amb homes (HSH) pot causar proctocolitis.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *C. trachomatis* per cultiu en una mostra del tracte genitourinari, anal o conjuntiva o mostra clínica.
- ☐ Detecció dels fragments genòmics específics de *C. trachomatis* en una mostra clínica.

i a més:

- ☐ Identificació del serovar L1, L2 o L3.

Cas confirmat

Persona amb criteris de laboratori compatibles.

Cas probable

Persona amb criteris clínicament compatibles, sobretot si està relacionada epidemiològicament.

(1) Criteris de definicions de cas del CDC Europeu, 2006

MALALTIA INVASIVA PER *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* TIPUS B

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda que pot produir diverses síndromes clíniques ben diferenciades, entre les quals les més importants són: sèpsia, meningitis (la més freqüent i la més greu), pneumònia, artritis sèptica, pericarditis, cel·lulitis i epiglottitis. La meningitis sol ser de començament brusc i es caracteritza per l'aparició de febre, obnubilació, vòmits, irritació meníngia, abonyegament de la fontanel·la i rigidesa de nuca.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels dos:

- ☐ Aïllament d'*Haemophilus influenzae* b en un lloc normalment estèril.
- ☐ Detecció d'antigen en un lloc normalment estèril.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Cel·lulitis bucal, o epiglottitis en un nen menor de cinc anys en el qual no s'ha aïllat cap altre microorganisme.

Malaltia clínicament compatible que està relacionada epidemiològicament amb un cas confirmat.

MALALTIA MENINGOCÒCCICA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda que es caracteritza per un inici sobtat, amb febre, cefalalgia intensa, nàusees, vòmits, rigidesa de nuca i freqüent erupció petequial quan hi ha component sèptic.

Es pot presentar amb diverses formes clíniques de gravetat variable, des d'una bacterièmia paucisimptomàtica fins a una sepsis meningocòccica hiperaguda de Waterhouse-Friederichsen, generalment mortal.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *Neisseria meningitidis* en un lloc normalment estèril o aspirat de petèquies.
- ☐ Detecció d'antigen en un lloc normalment estèril.
- ☐ Presència de DNA de meningococ en un lloc normalment estèril o aspirat de petèquies.
- ☐ Presència de diplococs gramnegatius intracel·lulars a l'LCR (diagnòstic de presumpció).

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible.

OFTÀLMIA NEONATAL

Descripció clínica

Malaltia que es transmet en el moment del part per contacte del nadó amb el canal del part de la mare infectada. La malaltia es caracteritza per la inflamació aguda i la vermellor de la conjuntiva, amb exsudat mucopurulent o purulent. Si no s'instaura tractament amb rapidesa, pot produir úlceres corneals, perforació i ceguesa. L'afectació ocular pot ser unilateral o bilateral.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Per a *C. trachomatis*, un dels següents:

- ☐ Aïllament de *C. trachomatis* en una mostra d'exsudats conjuntivals.
- ☐ Demostració de *C. trachomatis* per immunofluorescència directa en una mostra d'exsudats conjuntivals.

Per a *N. gonorrhoeae*, un dels següents:

- ☐ Aïllament de *N. gonorrhoeae* en una mostra d'exsudats conjuntivals.
- ☐ Detecció microscòpica dels diplococs intracel·lulars gramnegatius en exsudats conjuntivals.

Cas confirmat

Nadó amb criteris de confirmació per laboratori.

Cas probable

Nadó clínicament compatible amb algun dels criteris següents:

- ☐ Nadó que no ha rebut profilaxi oftàlmica durant les dues setmanes després del naixement.
- ☐ Antecedents de mare infectada.

PALUDISME

Descripció clínica

Malaltia infecciosa caracteritzada per la presència de calfreds, seguits de febre elevada rítmica i intermitent i sudoració. Als pocs dies es pot detectar anèmia i posteriorment esplenomegàlia. La infecció per *Plasmodium falciparum* és la més greu i més freqüent (terçana maligna), i pot produir icterícia, trastorns de la coagulació, shock, insuficiència renal, diarrea, encefalopatia aguda i coma. En el cas de persones que han tingut contacte previ amb l'agent pot donar-se parasitèmia asimptomàtica.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Observació microscòpica de paràsits en sang perifèrica, utilitzant la tècnica de la gota grossa, extensió o altres mètodes. Un sol resultat negatiu no exclou el diagnòstic de paludisme.
- ☐ Detecció del genoma per tècniques d'amplificació.

Cas confirmat

Episodi de malaltia clínicament compatible confirmada per laboratori, un cop descartades recurrències o recidives d'un cas anterior.

Un nou atac detectat a la mateixa persona, però causat per una espècie diferent de *Plasmodium*, es considera un altre cas.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible amb algun dels següents antecedents epidemiològics: viatge o procedència de zona endèmica, transfusió o drogoaddicció per via parenteral.

PAROTIDITIS

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda caracteritzada per l'aparició de forma brusca d'una tumefacció unilateral o bilateral de la paròtida o altres glàndules salivals (sublinguals o submaxil·lars) de més de dos dies de duració sense una altra causa aparent. Pot afectar d'altres localitzacions i donar lloc a meningitis, pancreatitis o artritis. En els homes adults pot donar orquitis, mentre que en les dones pot produir ooforitis, encara que això és més rar.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament del virus de la parotiditis en una mostra clínica (saliva, sang, orina o líquid cefaloraquidi).
- ☐ Detecció del genoma per tècniques d'amplificació.
- ☐ Detecció d'IgM antiparotiditis per enzimoinmunoanàlisi o immunofluorescència.
- ☐ Seroconversió per enzimoinmunoanàlisi, immunofluorescència o fixació de complement.

Cas confirmat

Malaltia confirmada per laboratori o malaltia clínicament compatible que està epidemiològicament relacionada amb un altre cas confirmat per laboratori o no.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible.

PESTA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa caracteritzada per l'aparició de febre, calfreds, mal de cap, postració, leucocitosi i un o més dels següents signes i símptomes: limfadenitis inguinal, axil·lar o cervical, amb nòduls que s'inflamen i poden supurar; septicèmia; pneumònia, que pot produir afectació mediastínica o pleural; o faringitis amb limfadenitis cervical.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *Yersinia pestis* d'una mostra clínica.
- ☐ Seroconversió per hemaglutinació passiva.
- ☐ Detecció de títols alts sense vacunació recent per hemaglutinació passiva (diagnòstic de presumpció).

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible en una persona procedent de zona endèmica, de la qual es disposa d'una única serologia suggestiva d'infecció recent si no té antecedent de vacunació.

POLIOMIELITIS*

Descripció clínica

Malaltia aguda que cursa amb l'aparició de paràlisi flàccida aguda asimètrica, amb disminució o absència dels reflexos tendinosos i sense pèrdua sensorial o cognitiva, sense una altra causa aparent. Passats 60 dies de l'inici dels símptomes persisteix el dèficit neurològic.

El més freqüent és l'afectació de la musculatura proximal de les extremitats (sobretot les inferiors). També pot cursar amb paràlisi del tronc. Les formes bulbars o encefalítiques són molt greus, i poden evolucionar vers la parada dels centres respiratori i vasomotor.

Críteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de poliovirus en mostra clínica.
- ☐ Detecció del genoma per tècniques d'amplificació.

Cas confirmat

Malaltia que concorda amb la descripció clínica i que està confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible, sobretot si està relacionada epidemiològicament amb un cas confirmat, si té antecedent de vacunació antipoliomielitis oral en l'últim mes o si ha tingut contacte amb una persona que ha rebut aquesta vacuna en els últims dos mesos.

* Només s'ha de declarar la forma paralítica.

RÀBIA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda que es produeix a conseqüència de la mossegada, esgarrapada o llepada d'un animal rabiós. Està caracteritzada per la presència d'encefalomielitis aguda que cursa amb cefalàlgia, febre, alteracions sensorials imprecises, parèsies, paràlisis i convulsions. Es produeix un espasme dels músculs deglutoris que provoca una por de l'aigua molt característica (hidrofòbia). La malaltia desemboca en coma o mort per paràlisi respiratòria uns 10 dies després de l'aparició del primer símptoma.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament del virus de la ràbia de secrecions infectades (saliva, líquid cefaloraquidi, i, més freqüentment sistema nerviós central).
- ☐ Demostració d'antigen viral per immunofluorescència en teixits infectats (cervell, nervis que envolten els fol·liculs pilosos de la nuca, pell o còrnia).
- ☐ Detecció de títols d'anticossos neutralitzants $\geq 1/5$ en el sèrum o LCR d'una persona no vacunada.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitos

Malaltia clínicament compatible i amb antecedent de contacte amb animal sospitos de tenir ràbia.

RUBÈOLA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda que es caracteritza per una erupció maculopapular d'aparició aguda, precedida o no d'un període prodròmic, d'un a cinc dies de duració que cursa amb febre cefalea, coriza i conjuntivitis. És freqüent la presència de limfadenopatia retroauricular, suboccipital o retrocervical, encara que no és patognomònica de la malaltia. També hi poden haver artràlgies o artritis, particularment en dones adultes.

Críteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament del virus de la rubèola.
- ☐ Detecció del genoma per tècniques d'amplificació.
- ☐ Detecció d'IgM antirubèola per enzimoinmunoanàlisi, immunofluorescència indirecta.
- ☐ Seroconversió per enzimoinmunoanàlisi, immunofluorescència o fixació de complement.

Cas confirmat

Malaltia confirmada per laboratori o malaltia clínicament compatible que està epidemiològicament relacionada amb un altre cas confirmat per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible.

RUBÈOLA CONGÈNITA

Descripció clínica

Malaltia que afecta als nadons de mares que han sofert infecció intrauterina pel virus de la rubèola i caracteritzada per alguns dels símptomes característics següents: cataractes i/o glaucoma congènit, malaltia cardíaca congènita, sordesa i retinopatia pigmentària. Altres símptomes associats poden ser: púrpura, esplenomegàlia, icterícia, microcefàlia, retard mental, meningoencefalitis i malaltia òssia radiolúcida.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels tres:

- ☐ Aïllament del virus de la rubèola.
- ☐ Detecció d'anticossos IgM antirubèola per enzimoinmunoanàlisi o immunofluorescència, sense antecedents d'immunització recent.
- ☐ Detecció d'anticossos antirubèola IgG que persisteixen alts més enllà del temps en què pugui explicar-se per transferència passiva d'anticossos materns, o per antecedent d'immunització recent.

Cas confirmat

Cas clínicament compatible, confirmat per laboratori.

Cas sospitós

Cas que presenti dos dels símptomes característics, o un símptoma característic i un d'associat.

SHIGEL·LOSI

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda caracteritzada per diarrea, febre, nàusees, còlics i tenesme. La gravetat de la malaltia és molt variable i pot cursar també de forma asimptomàtica. En les formes típiques (disenteriformes), la femta conté sang, moc i pus.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Aïllament de *Shigella* en una mostra de femta.

Cas confirmat

Cas clínicament compatible, confirmat per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible, sobretot si està relacionada epidemiològicament amb un cas confirmat.

SIDA / VIH

a/ Definició de cas de la infecció pel VIH

Es considera que **hi ha evidència d'infecció pel VIH (resultat positiu** de les proves de laboratori) si el malalt presenta alguna de les dades analítiques següents:

En adults i nens majors de 18 mesos:

- ☐ Serologies d'anticossos anti VIH repetidament reactives mitjançant proves immunoenzimàtiques (ELISA) i confirmades per proves addicionals (Western Blot, immunofluorescència o altres)
- ☐ Resultats positius en cultiu, PCR o detecció de l'antigen p24 del VIH.

En nens menors de 18 mesos o bé nascuts de mares infectades o sospitoses d'estar infectades pel VIH:

- ☐ Resultats positius en dues determinacions separades (amb exclusió de la sang del cordó umbilical) d'una o més de les proves següents: cultiu, PCR o detecció de l'antigen p24 del VIH.

SIDA / VIH

Es considera que **no hi ha evidència** de la infecció pel VIH (**resultat negatiu** de les proves de laboratori) quan hi ha:

- ❑ Una manca de reacció de les proves de cribratge d'anticossos del VIH (test d'ELISA...) i no s'ha obtingut cap resultat positiu a la resta de tests de detecció del VIH (altres tècniques de detecció d'anticossos, detecció de l'antigen, cultius...).

Es considera un **resultat dubtós** en el diagnòstic de la infecció pel VIH quan hi ha:

- ❑ Un test de cribratge d'anticossos del VIH amb un resultat repetidament reactiu (ELISA...), però amb un test de confirmació negatiu o dubtós i sense evidència positiva de cultiu o detecció d'antígens.
- ❑ Una mostra sèrica positiva en un nen de menys de 18 mesos, la mare del qual és sospitosa d'estar infectada pel VIH durant el període perinatal o bé és reactiva per a un test d'anticossos (encara que no sigui positiva per a un test de confirmació), i el nen no té cap evidència de dèficit immunitari ni tampoc un resultat positiu en el cultiu o en la detecció d'antígens.

b/ Definició de cas de sida

basat en la definició de cas de sida dels CDC de 1987 [MMWR 1987, 36 (Supp. Núm, 1S: 1S-15S; traduït en BEC - Vol IX, número extraordinari, 1988.] i la revisió del Centre Europeu per a la Vigilància Epidemiològica de la Sida (OMS) de 1993 [Informe núm. 37/1993:23-28].

Als efectes de vigilància epidemiològica, un cas de sida es defineix com una malaltia caracteritzada per una o més d'una de les següents malalties "indicatives", diagnosticades pels mètodes que s'exposen (en subratllat els diagnòstics presumptius) dependent de l'existència o no d'evidència de laboratori d'infecció HIV:

Malalties indicatives de sida	Mètodes i criteris diagnòstics		
	VIH positiu	VIH no practicat o dubtós (1)	VIH negatiu
Candidiasis esofàgica	Endoscòpia o microscòpia/disfàgia o odinofàgia+candidiasi oral	Endoscòpia o microscòpia	Endoscòpia o microscòpia+<400CD4
Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar	Endoscòpia o microscòpia	Endoscòpia o microscòpia	Endoscòpia o microscòpia+<400CD4
Criptococcosi extrapulmonar	Microscòpia (histologia o citologia), cultiu o detecció d'antigen	Microscòpia, cultiu o detecció d'antigen	Endoscòpia o microscòpia+<400CD4
Criptococcosi amb diarrea persistent durant més d'un mes	Microscòpia (histologia o citologia)	Microscòpia	Microscòpia+<400 CD4
Pneumònia per <i>Pneumocystis jirovecii</i>	Microscòpia/txos o dispnea+Rx+gasometria+absència de pneumònia bacteriana	Microscòpia	Microscòpia
Toxoplasmosi cerebral (edat >1mes)	Microscòpia/alteració neurològica focal o baixa consciència+TAC o RMN+serologia o resposta al tractament	Microscòpia	Microscòpia+<400 CD4
Coccidioidomicosi disseminada (pulmó, ganglis limfàtics cervicals o hilaris)	Microscòpia (histologia o citologia), cultiu o detecció d'antigen	-	-
Histoplasmosi disseminada (pulmó, ganglis limfàtics cervicals o hilaris)	Microscòpia (histologia o citologia), cultiu o detecció d'antigen	-	-
Isoportiasi amb diarrea persistent durant més d'un mes	Microscòpia (histologia o citologia)	-	-
CMV d'òrgans (edat >1mes)	Microscòpia (histologia o citologia)	Microscòpia	Microscòpia+<400 CD4
Retinitis per CMV amb pèrdua de visió	Microscòpia/Oftalmoscòpia	Microscòpia	Microscòpia+<400 CD4
Herpes simple muco-cutani que persisteix més d'un mes. Bronquial, pulmonar i esofàgic de qualsevol durada (edat>1mes)	Microscòpia (histologia o citologia), cultiu o detecció d'antigen	Microscòpia, cultiu o detecció d'antigen	Microscòpia+<400 CD4
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	Microscòpia (histologia o citologia)	Microscòpia	Microscòpia+<400 CD4
Pneumonitis intersticial limfoide/hiperplàsia limfoide pulmonar (edat<13anys)	Microscòpia/Rx sense identificació patògena i sense resposta al tractament	Microscòpia	Microscòpia+<400 CD4
Dues o més infeccions bacterianes recurrents (edat<13anys)	Cultiu	-	-
M avium o M kansasii disseminada (pulmó, ganglis limfàtics cervicals o hilaris)	Cultiu	Cultiu	Cultiu+<400 CD4
Micobacteriosi no TBC disseminada (pulmó, ganglis limfàtics cervicals o hilaris)	Cultiu/Microscòpia d'una mostra de fentia o de líquids orgànics, normalment estèrils, o de líquids que mostri bacils alcohòlic-àcidresistents, d'espècies no identificades per cultiu	-	-
TBC extrapulmonar	Cultiu	-	-
Septicèmia recurrent per salmonel·la (≠S typhi)	Cultiu	-	-
Sarcoma de Kaposi (edat <60anys)	Microscòpia (histologia)/ lesions característiques, vistes per experts	Microscòpia (histologia)	Microscòpia+<400 CD4
Sarcoma de Kaposi (edat ≥60anys)	Microscòpia (histologia)/ lesions característiques, vistes per experts	-	-
Linfoma primari de cervell (edat ≥60 anys)	Microscòpia (histologia)	Microscòpia (histologia)	-
Linfoma primari de cervell (edat <60 anys)	Microscòpia (histologia)	-	Microscòpia+<400 CD4
Linfoma no Hodgkinia de cèl·lules B o de fenotip immunològic desconegut*	Microscòpia (histologia)	-	-
Linfoma de cèl·lules petites sense fenedura**	Microscòpia (histologia)	-	-
Sarcoma immunoblàstic***	Microscòpia (histologia)	-	-
Encefalopatia pel VIH	Clinica+LCR+TAC o RMN per excloure altres patologies	-	-
Síndrome caquètica pel VIH	Pèrdua del 10% del pes corporal+diarrea o febre de més d'1 mes en absència d'una altra malaltia que justifiqui els símptomes	-	-
Tuberculosi pulmonar (edat>12anys)	Cultiu/Diagnòstic sobre la base de criteris clínics i radiològics	-	-
Pneumònies bacterianes recurrents	Cultiu d'un bacteri (≠ a <i>M. tuberculosis</i> i <i>P. jirovecii</i>)/ Signes clínics o radiològics	-	-
Càncer invasiu de coll d'úter	Microscòpia (histologia o citologia)	-	-

(1) Descarteu altres causes d'immunodeficiència.

* No es consideren indicatius de sida, els limfomes de fenotip immunològic T, els limfomes de tipus histològic no descrit i els que es descriuen com a limfocític, limfoblàstic, de fenedura petita o limfocític plasmòide.

** Burkitt, tipus Burkitt o no tipus Burkitt.

*** Linfoma immunoblàstic, limfoma de cèl·lules grans, limfoma histiocític difús, limfoma difús indiferenciat, limfoma de grau alt.

SÍFILIS (INFECCIOSA) (1)

Descripció clínica

Malaltia infecciosa de transmissió sexual. És una treponemosi aguda o crònica que pot ocasionar una clínica molt variable. Segons l'etapa en què es troba (primària, secundària, tardana, latent), les manifestacions són les següents:

Sífilis primària: es caracteritza per una o més lesions erosivoulceratives, indurades, no doloroses a la zona genital (úlceres o xancres sifilític) i altres localitzacions; els xancres poden ser considerablement diferents en l'aspecte clínic.

Sífilis secundària: es deu a la disseminació hematògena del treponema. Es caracteritza per un exantema generalitzat, no pruriginós i recidivant, que afecta la pell (els palmells de les mans i les plantes dels peus), les mucoses, i pot causar adenopaties generalitzades i condiloma sifilític. El xancres primari hi pot ser present.

Sífilis latent precoç: etapa latent (asimptomàtica) en una persona amb símptomes clínics compatibles amb una sífilis primària o secundària no tractada durant els dotze mesos previs.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Demostració de *T. pallidum* per microscòpia de camp fosc en les secrecions de lesió.
- ☐ Demostració de *T. pallidum* per immunofluorescència directa (DFA) en les secrecions de lesió.
- ☐ Detecció dels fragments genòmics específics de *T. pallidum* en les secrecions de lesió.
- ☐ Detecció d'anticossos contra *T. pallidum* per proves específiques (TPHA, TPPA o EIA) i, a més, un dels mètodes següents:
 - ☐ FTA-ABS, EIA, immunotransferència
 - ☐ prova serològica inespecífica reactiva (VDRL, RPR)
 - ☐ detecció d'anticossos IgM-TP

Cas confirmat

Persona amb criteris de confirmació per laboratori.

Cas probable

Persona amb criteris clínicament compatibles, sobretot si està relacionada epidemiològicament.

(1) Criteris de definicions de cas del CDC Europeu, 2006, excepte per la sífilis tardana que no s'inclou a Catalunya.

SÍFILIS CONGÈNITA PRECOÇ ⁽¹⁾

Descripció clínica

Malaltia infecciosa causada per la infecció intrauterina de *Treponema pallidum*. Només els casos molt greus es manifesten clínicament en el moment del part. La forma precoç, en infants menors de dos anys d'edat, cursa amb l'aparició d'hepatosplenomegàlia, lesions mucocutànies, condiloma sifilitic, icterícia, coriza sifilitica, pseudoparàlisi, anèmia, afectació del sistema nerviós central, síndrome nefròtic i desnutrició.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Per a la confirmació del cas, un dels següents:

- ☐ Demostració de *Treponema pallidum* per microscòpia de camp fosc en mostres de cordó umbilical, placenta, i de secrecions nasals o de les lesions.
- ☐ Demostració de *Treponema pallidum* per immunofluorescència directa (DFA) en mostres de cordó umbilical, placenta, i de secrecions nasals o de les lesions.
- ☐ Detecció d'anticossos específics contra *T. pallidum* (FTA-ABS IgM, EIA) i, a més, una prova serològica no treponèmica reactiva (VDRL, RPR).

Per a la sospita del cas, un dels següents:

- ☐ Prova no treponèmica VDRL-CSF reactiva en líquid cefaloraquidi.
- ☐ Proves serològiques no treponèmiques i treponèmiques reactives en la mare.
- ☐ Prova d'anticossos no treponèmics amb títols quàdruples o superiors als títols serològics no treponèmics de la mare.

Cas confirmat

Un nadó o infant menor de 2 anys d'edat amb criteris de confirmació per laboratori.

Cas probable

Un nadó o infant menor de 2 anys d'edat clínicament compatible amb algun dels criteris següents:

- ☐ que estigui relacionat epidemiològicament amb un cas confirmat (mare);
- ☐ que hi hagi criteris de laboratori per a cas probable.

(1) Criteris de definicions de cas del CDC Europeu, 2006

SÍNDROME HEMOLÍTICA URÈMICA POSTDIARREICA

Descripció clínica

La síndrome hemolítica urèmica (SHU) es caracteritza per l'inici agut d'una anèmia microangiopàtica hemolítica, afectació renal i plaquetopènia. Quan a aquestes mateixes manifestacions clíniques s'afegeixen afectació del sistema nerviós central i febre, l'entitat clínica es coneix com púrpura trombòtica trombocitopènica (PTT). La majoria dels casos de SHU es presenten després d'una gastroenteritis aguda.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Són tots els següents:

- ☐ Anèmia aguda amb canvis microangiopàtics a la sang perifèrica.
- ☐ Anèmia renal aguda caracteritzada per hematúria o proteïnúria o augment del nivell de creatinina.

Cas confirmat

Malaltia aguda diagnosticada clínicament com SHU o PTT que compleix tots els criteris de laboratori i comença durant el període de les 3 setmanes després d'un episodi agut de diarrea.

Cas sospitós

- ☐ Malaltia aguda diagnosticada clínicament com SHU o PTT que compleix els criteris de laboratori en un malalt que no té història de diarrea aguda durant les 3 setmanes anteriors.
- ☐ Malaltia diagnosticada clínicament com SHU o PTT que es presenta durant les 3 setmanes després de l'inici d'un quadre de diarrea aguda i compleix els criteris de laboratori excepte els canvis microangiopàtics a la sang perifèrica.

TÈTANUS

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda causada per l'exotoxina que elabora el bacteri. La clínica es caracteritza per contraccions musculars doloroses, primer als maseters i músculs del coll i després al tronc, i espasmes generalitzats. Com signes típics d'espasmes són la posició d'opistòtons i l'expressió facial coneguda com «riure sardònic».

La porta d'entrada del microorganisme pot ser una ferida petita i fins i tot indetectable.

Cas confirmat

Cas que concorda amb la descripció clínica de cas. El diagnòstic és clínic, no microbiològic.

TÈTANUS NEONATAL

Descripció clínica

Malaltia infecciosa que es produeix per la introducció d'espores tetàniques en la ferida del cordó umbilical. Els nounats, que xuclen i ploren sense dificultat durant els primers dies de vida, posteriorment desenvolupen una dificultat progressiva per alimentar-se a causa del trisme i la rigidesa generalitzada amb espasmes o convulsions i opistòtons.

Cas confirmat

Cas que concorda amb la descripció clínica de cas. El diagnòstic és clínic, no microbiològic.

TIFUS EXANTEMÀTIC

Descripció clínica

Malaltia infecciosa generalitzada que es transmet pel poll del cos. Es caracteritza per l'aparició sobtada de febre elevada, calfreds, cefalees, postració i miàlgies grans.

Entre el 5è i 7è dia de l'inici dels símptomes apareix una erupció macular, generalment en el tronc i que s'estén a tot el cos, excepte cara, les plantes de les mans i plantes dels peus. L'erupció pot convertir-se en petequíal o hemorràgica, i toxèmica. Poden haver-hi formes lleus sense erupció en nens i persones prèviament immunitzades. Anys després pot haver-hi una recrudescència de la malaltia amb una clínica més lleu (malaltia de Brill-Zinsser).

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament de *Rickettsia prowazekii*.
- ☐ Detecció de l'agent causal per tinció immunohistoquímica dels teixits. PCR (reacció en cadena de la polimerasa) i anàlisi del polimorfisme dels fragments de restricció (RFLPs) específics per a *Rickettsia prowazekii*.
- ☐ Seroconversió per immunofluorescència indirecta.
- ☐ Detecció de títols d'IgG $\geq 1/64$ i IgM $\geq 1/32$ per immunofluorescència detectats en sèrum en fase aguda (diagnòstic de presumpció).

En la malaltia de Brill-Zinsser, el diagnòstic de laboratori és per detecció d'anticossos IgG per immunofluorescència.

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible en persones que es troben en situacions de catàstrofe o guerra, o bé provinents de zones endèmiques.

TOS FERINA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa que es caracteritza per l'aparició de tos de dues setmanes o més de duració, i atacs de tos o paroxismes tussígens, seguits d'estridor inspiratori, vòmit posttussigen o apnea. Sols cal la presència de només un d'aquests símptomes acompanyant la tos, en absència d'una altra causa aparent, per al diagnòstic de tos ferina.

Criteris de laboratori per al diagnòstic*

- ☐ Aïllament de *Bordetella pertussis* en frotis nasofaringi.
- ☐ Detecció del genoma, per tècniques d'amplificació en frotis nasofaringi.

Cas confirmat

Malaltia confirmada per laboratori o malaltia clínicament compatible relacionada epidemiològicament amb un cas confirmat.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible.

* Les proves serològiques no estan estandaritzades. Els resultats d'una serologia positiva requereixen sempre una avaluació individualitzada.

TRICUINOSI

Descripció clínica:

Malaltia infecciosa causada per un verm intestinal les larves del qual emigren als músculs. Les manifestacions clíniques són molt variades, i la seva gravetat està en relació amb el nombre de larves ingerides. Els signes i símptomes més freqüents són: febre, miàlgies intenses, conjuntivitis i edema periorbitari que pot acompanyar-se d'hemorràgies subconjuntivals, dolor i fotofòbia. Poden aparèixer trastorns respiratoris i neurològics. Quan hi ha manifestacions gastrointestinals, aquestes precedeixen les oculars. Pot cursar com a infecció inaparent.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Demostració de larves quist de *Trichinella spiralis* en una mostra de teixit muscular.
- ☐ Seroconversió per immunofluorescència.
- ☐ Detecció de títols alts per immunofluorescència (diagnòstic de presumpció).

Cas confirmat

Malaltia clínicament compatible, confirmada per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible i epidemiològicament relacionada amb un cas confirmat o amb antecedent d'haver ingerit carn contaminada.

TUBERCULOSI*

Descripció clínica

Malaltia infecciosa que, generalment, és d'evolució crònica i que es caracteritza per la formació de granulomes. La seva localització més freqüent és al pulmó, però pot afectar qualsevol altre òrgan.

En la tuberculosi pulmonar solen aparèixer símptomes generals (una síndrome tòxica amb astènia, anorèxia i febrícula) o un procés febril subagut amb afectació general, acompanyats de lesions radiològiques pulmonars suggerents però no específiques.

Les manifestacions respiratòries acostumen a ser tos seca irritativa que sol tornar-se productiva amb esput mucós, mucopurulent o de contingut hemàtic; també poden presentar-se hemoptisis, dolor toràcic i dispnea.

Es considera **cas clínic de tuberculosi** a tot pacient que compleix els **DOS** criteris següents:

- ☐ Presència de signes clínics o radiològics i/o símptomes compatibles amb malaltia tuberculosa de qualsevol localització, sempre i quan no es trobin evidències d'altre malaltia que els expliqui.
- ☐ Prescripció de tractament antituberculosi estàndar, habitualment amb tres o més fàrmacs.

Aquesta definició inclou els casos confirmats i els sospitosos.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

- ☐ Aïllament en cultiu d'un microorganisme del complex *Mycobacterium tuberculosis* (*M.tuberculosis*, *M.bovis* o *M.africanum*) en una mostra clínica apropiada, o bé,
- ☐ en cas de no haver-se pogut realitzar cultiu, detecció de bacils àcid-alcohol resistents per microscòpia directa en una mostra clínica apropiada.

Segons els criteris diagnòstics de laboratori un cas de tuberculosi es pot classificar en:

Cas sospitós

Cas que sense tenir criteris diagnòstics de laboratori, compleix els criteris de definició clínica de cas.

Cas confirmat

Cas que presenta criteris diagnòstics de laboratori, és a dir, aïllament en cultiu d'un microorganisme del complex *Mycobacterium tuberculosis*, o, en cas de no haver-se pogut realitzar el cultiu, detecció de bacils àcid-alcohol resistents per microscòpia directa en una mostra clínica apropiada.

VARICEL·LA

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda que comença amb l'aparició aguda de febre, símptomes generals lleus i erupció maculopapular centrífuga generalitzada, que evoluciona a vesícules i crostes.

Les lesions cutànies cursen en brots successius i, per tant, presenten diferents etapes evolutives alhora.

Hi ha infeccions lleus, atípiques i inaparents.

Poden haver complicacions com ara pneumònia, cel·lulitis, atàxia cerebel·losa, artritis i d'altres.

Criteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament del virus de la varicel·la en les vesícules.
- ☐ Detecció d'IgM antivaricel·la en sèrum per enzimoinmunoanàlisi o immunofluorescència (diagnòstic de presumpció).
- ☐ Seroconversió per enzimoinmunoanàlisi, immunofluorescència.

Cas confirmat

Malaltia confirmada per laboratori o malaltia clínicament compatible que està epidemiològicament relacionada amb un altre cas confirmat per laboratori o no.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible.

XARAMPÍÓ

Descripció clínica

Malaltia infecciosa aguda que comprèn dos períodes: el prodròmic catarral i l'exantemàtic. En el període catarral es presenta tos violenta i seca, coriza, blefaritis, conjuntivitis i febre superior a 38°C amb afectació de l'estat general. És característic l'enantema bucal (taques de Koplik), encara que no sempre s'hi observa.

La fase exantemàtica comença a partir del tercer dia, s'inicia en el cap (darrera de les orelles), s'estén a la cara i el cuir cabellut i posteriorment es propaga en sentit descendent, essent la seva durada de 4 a 7 dies.

Críteris de laboratori per al diagnòstic

Un dels següents:

- ☐ Aïllament del virus del xarampió d'una mostra clínica.
- ☐ Detecció del genoma per tècniques d'amplificació.
- ☐ Detecció d'IgM antixarampió per enzimoimmunoanàlisi o immunofluorescència.
- ☐ Seroconversió per enzimoimmunoanàlisi, immunofluorescència o fixació de complement.

Cas confirmat

Malaltia confirmada per laboratori o malaltia clínicament compatible que està epidemiològicament relacionada amb un altre cas confirmat per laboratori.

Cas sospitós

Malaltia clínicament compatible.

ALTRES MTS

Qualsevol malaltia d'origen infeccios que, a criteri del metge que l'ha diagnosticada, hagi estat transmesa per via sexual i que no sigui:

Infecció gonocòccica

Infecció genital per *Chlamydia*

Hepatitis A*

Hepatitis B

Shigel·losi*

Amebosi*

Oftàlmia *neonatorum* per gonococ

Sífilis

Sífilis congènita

* Aquestes malalties, clàssicament catalogades com a malalties de transmissió entèrica, també poden adquirir-se en mantenir relacions sexuals amb una persona excretora, sobretot quan hi ha pràctiques de tipus anal-oral.

SIDA. RESUM DE LA DEFINICIÓ DE CAS

Fonts MMWR 1987; 36 (supp. núm. 15): 1 S-15 S. traduït en BEC - Vol IX, número extraordinari, 1988.

Centre Europeu per a la Vigilància Epidemiològica de la Sida, informe núm. 37/1993.

Als efectes de vigilància epidemiològica, un cas de sida es defineix com una malaltia caracteritzada per una o més d'una de les següents malalties "indicatives", diagnosticades pels mètodes que s'exposen (en cursiva diagnòstics presumptius) depenent de l'existència o no d'evidència de laboratori d'infecció HIV:

Malalties indicatives de sida

HIV positiu	HIV no practicat o dubtós (1)	HIV negatiu (1)
CANDIDIASI ESOFÀGICA		
Endoscòpia o microscòpia/ <i>disfàgia o odinofàgia + candidiasi oral.</i>	Endoscòpia o microscòpia.	Endoscòpia o microscòpia + < 400 T ₄ .
CANDIDIASI TRAQUEAL, BRONQUIAL O PULMONAR		
Endoscòpia o microscòpia.	Endoscòpia o microscòpia.	Endoscòpia o microscòpia + < 400 T ₄ .
CRIPTOCOCCOSI EXTRAPULMONAR		
Microscòpia (histologia o citologia), cultiu o detecció d'antigen.	Microscòpia, cultiu o detecció d'antigen.	Endoscòpia o microscòpia + < 400 T ₄ .
CRIPTOSPORIDIOSI AMB DIARREA PERSISTENT DURANT MÉS D'UN MES		
Microscòpia (histologia o citologia).	Microscòpia.	Microscòpia + < 400 T ₄ .
PNEUMÒNIA PER <i>PNEUMOCYSTIS CARINII</i>		
Microscòpia <i>tos o dispnea + Rx + gasometria + absència de pneumònia bacteriana.</i>	Microscòpia.	Microscòpia.
TOXOPLASMOSI CEREBRAL (edat > 1 mes)		
Microscòpia/ <i>alteració neurològica focal o baixa consciència + TAC o RMN + serologia o resposta a tractament.</i>	Microscòpia.	Microscòpia + < 400 T ₄ .

(1) Descarteu altres causes d'inmunodeficiència.

SIDA. RESUM DE LA DEFINICIÓ DE CAS

Malalties indicatives de sida

HIV positiu	HIV no practicat o dubtós (1)	HIV negatiu (1)
COCCIDIOIDOMICOSI DISSEMINADA (≠ pulmó, ganglis limfàtics cervicals o hilar) s)		
Microscòpia (histologia o citologia), cultiu o detecció d'antigens.		
HISTOPLASMOSI DISSEMINADA (≠ pulmó, ganglis limfàtics cervicals o hilar) s)		
Microscòpia (histologia o citologia), cultiu o detecció d'antigens.		
ISOSPORIASI AMB DIARREA PERSISTENT DURANT MÉS D'UN MES		
Microscòpia (histologia o citologia)		
CMV D'ÒRGANS (≠ fetge, melsa o ganglis limfàtics [edat > 1 mes])		
Microscòpia (histologia o citologia).	Microscòpia.	Microscòpia + < 400 T ₄ .
RETINITIS PER CMV AMB PÈRDUA DE VISIÓ		
Microscòpia/ <i>Oftalmoscòpia.</i>	Microscòpia.	Microscòpia + < 400 T ₄ .
HERPES SIMPLE MUCOCUTANI que persisteixi més d'un mes. BRONQUIAL, PULMONAR O ESOFÀGIC de qualsevol durada (edat > 1 mes)		
Microscòpia (histologia o citologia), cultiu o detecció d'antigens.	Microscòpia, cultiu o detecció d'antigens.	Microscòpia + < 400 T ₄ .
LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA		
Microscòpia (histologia o citologia).	Microscòpia.	Microscòpia + < 400 T ₄ .
PNEUMONITIS INTERSTICIAL LIMFOIDE/HIPERPLÀSIA LIMFOIDE PULMONAR (edat < 13 anys)		
Microscòpia/Rx sense identificació patògena i sense resposta a tractament.	Microscòpia.	Microscòpia + < 400 T ₄ .
DUES O MÉS INFECCIONS BACTERIANES RECURRENTS (edat < 13 anys)		
Cultiu.		

(1) Descarteu altres causes d'inmunodeficiència.

SIDA. RESUM DE LA DEFINICIÓ DE CAS

Malalties indicatives de sida

HIV positiu	HIV no practicat o dubtós (1)	HIV negatiu (1)
M. AVIUM O M. KANSASII DISSEMINADA (≠ pulmó, pell o ganglis limfàtics cervicals o hilars)		
Cultiu.	Cultiu.	Cultiu + < 400 T ₄ .
MICROBACTERIOSI NO TBC DISSEMINADA (≠ pulmó, pell o ganglis limfàtics cervicals o hilars)		
Cultiu <i>(Si l'espècie no s'identifica per cultiu, bacil·loscòpia d'excrements, fluids corporals normalment estèrils o teixit ≠ pulmó, pell o ganglis).</i>		
TBC EXTRAPULMONAR		
Cultiu.		
SEPTICÈMIA RECURRENT PER SALMONELLA (sp ≠ typhi)		
Cultiu.		
SARCOMA DE KAPOSÍ (edat < 60 anys)		
Microscòpia/visualització de les lesions característiques, per experts.	Microscòpia (histologia).	Microscòpia + < 400 T ₄ .
SARCOMA DE KAPOSÍ (qualsevol edat)		
Microscòpia (histologia)/lesions característiques vistes per experts.		
LIMFOMA PRIMARI DE CERVELL (qualsevol edat)		
Microscòpia (histologia).		
LIMFOMA PRIMARI DE CERVELL (edat < 60 anys)		
Microscòpia (histologia).	Microscòpia (histologia).	Microscòpia + < 400 T ₄ .

(1) Descarteu altres causes d'inmunodeficiència.

SIDA. RESUM DE LA DEFINICIÓ DE CAS

Malalties indicatives de sida

HIV positiu	HIV no practicat o dubtós (1)	HIV negatiu (1)
LIMFOMA NO HODGKINIÀ DE CÈL·LULES B O DE FENOTIPUS IMMUNOLÒGIC DESCONEGUT*		
Microscòpia (histologia).		
LIMFOMA DE CÈL·LULES PETITES SENSE FENEDURA**		
Microscòpia (histologia).		
SARCOMA IMMUNOBLÀSTIC***		
Microscòpia (histologia).		
ENCEFALOPATIA PER HIV		
Clínica + LCR + TAC o RMN per excloure altres patologies.		
SÍNDROME CAQUÈTICA PER HIV		
Pèrdua del 10% del pes corporal + diarrea o febre de més d'1 mes en absència d'una altra malaltia que justifiqui els símptomes.		
TUBERCULOSI PULMONAR (edat > 12 anys)		
Cultiu/ <i>Diagnòstic en base a criteris clínics i radiològics.</i>		
PNEUMÒNIES BACTERIANES RECURRENTS		
Cultiu d'una bactèria (≠ a M. tuberculosis i P. carinii)/ <i>signes clínics o radiològics.</i>		
CÀNCER INVASIU DEL COLL UTERÍ		
Histologia i citologia.		

(1) Descarteu altres causes d'inmunodeficiència.

* No es consideren indicatius de sida, els limfomes de fenotipus immunològic T, els limfomes de tipus histològic no descrit i els que es descriuen com a "limfocític", "limfoblàstic", "de fenedura petita" o "limfocític plasmòide".

** Burkitt, tipus Burkitt o no tipus Burkitt.

*** Limfoma immunoblàstic, limfoma de cèl·lules grans, limfoma histiocític difús, limfoma difús indiferencial, limfoma de grau alt.

BIBLIOGRAFIA

- Australia Government. Australia's notifiable diseases status, 1999. Annual report of the National Notifiable Diseases Surveillance System. Commun Dis Intell 2001; vol. 25, núm 4.
- Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public Health Surveillance. MMWR 1997; 46 (RR-10).
- Chin J, editor. Control of communicable disease manual. 17a ed. Washington: American Public Health Association, 2000.
- European Commission. Commission decision of 19 March 2002 laying down case definitions for reporting communicable diseases to the community network under Decision No 2119/98/EC for the European Parliament and for the Council. Directorate General Public Health. Luxemburg, 2002.
- Gálvez R, Sierra A, Sanz MC, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10a ed. Barcelona: Masson, 2001.
- Hawker J, Begg N, Blair I, Reintjes R, Weinberg J. Communicable Disease Control Handbook. Oxford: Blackell Science, 2001.
- Health Canada. Case definitions for Diseases under Surveillance. Can Commun Dis Rep 2000; 26S3 (Supplement).
- Mandell GL, Benett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 15a ed. New York: Churdull Livingstone, 2000.
- Murray PR, Baron EJ, Jorgensen J, Pfaller MA, Tenenbaum BC, Tenenbaum BC. Manual of Clinical Microbiology. 8a ed. Washington: American Society for Microbiology, 2003.
- Pickering LK, editor. Red Book 2003. Report of the Committee on Infectious Diseases. 26a ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2003.
- Rozman C, editor. Medicina Interna. 14a. ed. Madrid: Harcourt, 2000.
- Wilks D, Farrington M, Rubenstein D. The infectious diseases manual. 2a ed. Oxford: Blackell Science, 2003.
- Wilson WR, Sande MA. Current diagnoses and treatment in infectious diseases. New York: Lange medical Books/Mc Graw Hill, 2001.

ANNEX

Períodes de temps idonis per a la presa de mostres de sèrum i la detecció d'anticossos IgM de les malalties següents:

Xarampió

La mostra de sèrum s'obté preferentment entre el quart i l'onzè dia després de l'aparició de l'exantema, amb un marge de fins als 28 dies.

Rubèola

La mostra de sèrum es pot prendre entre el segon i el quinze dia després de l'inici dels símptomes.

Parotiditis

Els anticossos IgM es poden detectar en una mostra de sèrum obtinguda en la fase clínica aguda de la malaltia.

Varicel·la

La serologia només és suggestiva de varicel·la. El diagnòstic confirmatori es fa detectant el virus directament en la lesió. La mostra de sèrum es pot obtenir entre el setè i vint-i-unè dia després de l'aparició de l'exantema.

Hepatitis A

La mostra de sèrum es pot obtenir des de l'aparició de la icterícia (a les 4 setmanes), fins a les 6-8 setmanes després de l'inici de símptomes.

Hepatitis B

La mostra de sèrum es pot obtenir una mica abans del segon mes després de l'exposició fins als 7 mesos, i es negativitza al voltant dels 8 mesos.

