



LINEAMIENTOS 2017

PARA LA PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Noviembre de 2016, Colombia

Martha Lucia Ospina Martínez
Directora Instituto Nacional de Salud

Máncel Enrique Martínez Durán
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Mauricio Beltrán Durán
Director Redes en Salud Pública

Profesionales que participaron en la elaboración de los lineamientos 2017

Subdirección de Prevención vigilancia y control en salud pública
Oscar Eduardo Pacheco García

Sivigila
Claudia Marcella Huguett Aragón
Catalina Arias
Diana Parra
Víctor Eduardo Casallas
Dora Yurany Sanchez Rodríguez

Grupo enfermedades transmisibles
José Orlando Castillo Pabón

Equipo Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibiótico
Tania María Blanchar Martínez
Adriana Leonor Gómez Rubio
Diana Marcela Ruiz Quiroz

Equipo Inmunoprevenibles
Luz Amparo Sastoque Díaz

Equipo Infecciones de transmisión sexual
Norma Constanza Cuellar Espitia
Amparo Liliانا Sabogal Apolinar

Equipo enfermedades transmitidas por alimentos
Claudia Jimena Álvarez Álvarez

Equipo enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis
Daniela Salas Botero
Sara Esmeralda Gómez Romero
Teodolinda Vega Montañó
Cecilia del Socorro Saad Acosta
Irene Alejandra Pinilla Farías
Leonardo José León Núñez
German Ernesto Torres Rodríguez
Martha Cecilia Santos B

Equipo de enfermedades Respiratorias
Santiago Elías Fadul Pérez
Liliana Andrea Rodríguez Gutiérrez
Martha Patricia López Pérez
Diana Carolina Malo Sánchez
Paola Andrea Pulido Domínguez

Grupo enfermedades no Transmisibles
Vilma Fabiola Izquierdo Charry

Equipo crónicas
Víctor Manuel Martínez Gómez
Sandra Patricia Misnaza Castrillón

Equipo Lesiones de Causa externa
Ana María Blandón Rodríguez
Camilo Alejandro Alfonso Zapata
Natalia Gutiérrez Bolívar

Equipo maternidad segura
Esther Liliانا Cuevas Ortiz
Greace Alejandra Ávila Mellizo

Equipo vigilancia nutricional
Giomar Sichacá Ávila
Andrea Cristancho Amaya

Grupo factores de riesgo ambiental
María Nathalia Muñoz Guerrero

Equipo Intoxicaciones
Jorge Alberto Gamarra Cuellar

Subdirección de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública
Hernán Quijada Bonilla

Grupo de Epidemiología Aplicada
Luis Fernando Fuertes Valencia
Claudia Marcela Muñoz Lozada
Ángela Patricia Alarcón Cruz
Claudia Patricia Clavijo Arboleda
Néstor Alejandro Prieto Bejarano

Grupo gestión del riesgo y respuesta inmediata
Javier Alberto Madero Reales
Luz Mary Velandia Nieto
Diana Marcela Walteros
Acero Jorge Luis Díaz Moreno
Flavio Enrique Garzón Romero
Ana Victoria Padilla López

Grupo de comunicación del riesgo
Giovanny Alexi Sanabria Merchán
Norma Roció Lozano Falla
Diana Paola Bocanegra Horta

Compilación y edición del documento
Katherine Raquel Jiménez Gamarra



Contenido

INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVO	4
2. ALCANCE	4
3. RESPONSABILIDAD.....	4
4. DEFINICIONES.....	4
5. CONDICIONES GENERALES.....	5
6. MATERIALES Y REACTIVOS	5
7. EQUIPOS.....	5
8. DESCRIPCIÓN	6
8.1. Lineamientos para el sistema de vigilancia y control en salud pública 2017.....	6
8.1.1. Lineamientos generales	7
8.1.2. Subsistema de información	10
8.1.2.1. Lineamientos Sivigila.....	10
8.1.3. Subsistema de análisis	20
8.1.3.1. Comité de vigilancia en salud pública	20
8.1.3.2. Realimentación.....	21
8.1.3.3. Unidades de análisis para eventos de interés en salud pública prioritarios	22
8.1.4. Grupo transmisibles	26
8.1.4.1. Equipo Inmunoprevenibles	26
8.1.4.2. Equipo Micobacterias.....	32
8.1.4.3. Equipo de enfermedades transmitidas por vectores y Zoonosis	34
8.1.4.4. Equipo Infecciones de transmisión sexual (ITS)	57
8.1.4.5. Equipo Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).....	60
8.1.4.6. Equipo Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibióticos.....	65
8.1.5. Grupo factores de riesgo ambiental	70
8.1.5.1. Equipo Intoxicaciones agudas por sustancias químicas.....	70
8.1.6. Grupo no transmisibles	73
8.1.6.1. Equipo de maternidad segura: mortalidad materna, perinatal, neonatal tardía, morbilidad materna extrema (MME) y defectos congénitos.....	73
8.1.6.2. Equipo de crónicas.....	76
8.1.6.3. Equipo vigilancia nutricional.....	85
8.1.7. Grupo de gestión y respuesta inmediata.....	87
8.1.8. Grupo de epidemiología aplicada	88
9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	93

LINEAMIENTOS 2017 PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA

INTRODUCCIÓN

Los lineamientos para la prevención, vigilancia y control de los eventos prioritarios de salud pública 2017, se prepararon por el equipo de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública para difundir a todos los ejecutores del proceso de vigilancia en Salud Pública el que hacer general; estos lineamientos fueron presentados en la Reunión Nacional de Vigilancia en Salud Pública realizada entre el 28 de noviembre y el 30 de noviembre de 2016, como pilar del trabajo conjunto sistemático y constante de identificación, recolección, depuración, análisis, planificación, ejecución y evaluación de este macro proceso tan importante como aporte a la equidad en salud de los colombianos.

1. OBJETIVO

Definir las líneas de acción para llevar a cabo la vigilancia y análisis del riesgo de eventos de interés en salud pública (EISP) en el país.

2. ALCANCE

Este documento define los lineamientos para llevar a cabo la vigilancia y análisis del riesgo en salud pública a nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

3. RESPONSABILIDAD

Instituto Nacional de Salud
Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública

4. DEFINICIONES

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios.

EISP: Eventos de Interés en Salud Pública.

Investigación epidemiológica de campo: puede ser definida como la aplicación de los principios y métodos de la investigación epidemiológica para el estudio de problemas de salud inesperados, para los cuales se demanda una respuesta inmediata y una intervención oportuna en la población (1). La investigación epidemiológica de campo es una actividad fundamental en el sistema de vigilancia epidemiológica y es utilizada en eventos como muertes evitables y brotes, los cuales determinan la movilización de los equipos especiales

que identificarán la causa, la fuente y forma de transmisión para establecer rápidamente las medidas de control más adecuadas, respetando el rigor científico y técnico y usando una variedad de principios, métodos y aplicaciones de las ciencias básicas, clínicas, sociales, estadísticas y epidemiológicas (1). Las investigaciones epidemiológicas de campo son responsabilidad de las unidades notificadoras municipales (UNM) o de las unidades notificadoras departamentales (UND) de acuerdo con la categoría municipal.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud. RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios.

RUAF: Registro Único de Afiliados a la Protección Social.

UND: Unidad Notificadora Departamental o Distrital.

UNM: Unidad Notificadora Municipal.

UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos.

Unidad Informadora (UI): es una UPGD especial considerada fuente de información del sistema de vigilancia en salud pública, proveniente de instituciones (prestadoras o no de servicios de salud) o personas naturales (que presten o no servicios de salud) que capten Eventos de Interés en Salud Pública, cuya notificación es esporádica (solo notifica cuando se presenta el evento).

Tener en cuenta las demás definiciones contenidas en el decreto 3518 de 2006.

5. CONDICIONES GENERALES

Contar con profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares calificados en vigilancia en salud pública y epidemiología.

6. MATERIALES Y REACTIVOS

Equipamiento para trabajo de campo en investigaciones epidemiológicas y equipos básicos de bioseguridad.

7. EQUIPOS

Equipos de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC)

8. DESCRIPCIÓN

8.1. Lineamientos para el sistema de vigilancia y control en salud pública 2017

Marco normativo

En el marco del Sistema de Seguridad Social de salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación de acuerdo con el Decreto 4109 de 2011, el Instituto Nacional de Salud (INS), en su carácter de autoridad científico-técnica tiene como objeto: (I) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; (II) realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; (III) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; (IV) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la producción de insumos y biológicos y (V) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Las direcciones municipales de salud o la dependencia que haga sus veces, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el Artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, las UPGD y otras entidades que participen en los procesos de vigilancia, todas deben cumplir con las funciones en relación con la Salud Pública descritos en el Decreto 780 de 2016.

Las competencias territoriales para la vigilancia en salud pública están definidas en la Constitución Política, la Ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Decreto 2323 de 2006, Decreto 780 de 2016 reglamentarios de la vigilancia y control epidemiológico, el Reglamento Sanitario Internacional, las metas para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas y las demás citadas en el presente documento.

De igual forma, es prioridad garantizar el uso de los recursos en las acciones de salud pública y en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, esta última como uno de los pilares de la estrategia de la Atención Primaria en Salud, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011.

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, capítulo IV, igualdad de oportunidades para la prosperidad social, “es necesario fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos de notificación obligatoria, las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), las enfermedades crónicas no transmisibles, la desnutrición, determinantes de los sistemas de información nacionales y locales para el monitoreo y seguimiento de eventos en salud mental, de las diferentes formas de violencia y del consumo de sustancias psicoactivas. De otra parte, se requiere desarrollar la capacidad y evaluación de tecnología en el país”. Para el efecto, deberá fortalecerse la capacidad técnica y operativa del Sistema de Vigilancia en Salud Pública con el fin de llevar a cabo el análisis de los riesgos en salud con el fin de avanzar hacia la generación de conocimiento en salud pública.

Lo anterior se ratifica en la Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales con el fin de mejorar el estado de salud de la población. Será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como para el Sistema de Protección Social, actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud, para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el mencionado Plan, en el ámbito de sus competencias y obligaciones. Para ello, cada entidad territorial deberá adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar la implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social(2).

El (INS) conformado por la Dirección de Investigación en Salud Pública, la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, la Dirección de Redes en Salud Pública, la Dirección de Producción y el Observatorio Nacional de Salud , en cumplimiento de sus funciones planteadas por la Ley 1122 de 2007, el Decreto 4109 de 2011, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), la Resolución 1841 de 2013, y el Decreto 780 de 2016 emite desde la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública los lineamientos para 2017 que orientan las acciones que se van a desarrollar en el proceso de vigilancia de los Eventos de Interés en Salud Pública en el país.

8.1.1. Lineamientos generales

Es necesario asegurar en el Plan Operativo Anual (POA) los recursos financieros y humanos y los mecanismos que le permitan a los municipios, departamentos y distritos cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad y lineamientos establecidos, incluyendo los subsistemas de información, análisis e intervención, recolección, procesamiento y transporte de muestras.

Es necesario que las entidades de orden departamental, distrital, municipal y las UPGD adopten las recomendaciones de los protocolos de vigilancia epidemiológica de los eventos de notificación obligatoria, siguiendo las orientaciones individuales y colectivas para cada evento de acuerdo con sus competencias y respetando las fichas de notificación, los flujos de información y periodicidad establecidos para cada caso.

Las entidades territoriales deben ejecutar un plan de capacitación, asesoría, asistencia técnica y supervisión de las estrategias de vigilancia definidas para los Eventos de Interés en Salud Pública, así como mantener a los responsables del sistema de información en permanente actualización, de acuerdo con las competencias normativas de cada nivel, siguiendo las guías, lineamientos y protocolos emitidos desde el Instituto Nacional de Salud.

Las entidades territoriales deben contar con recurso humano permanente y suficiente para llevar a cabo las acciones de vigilancia y control de todos los Eventos de Interés en Salud Pública. Por lo anterior, deben informar antes del 15 de febrero de 2017 el nombre, teléfono y correo electrónico de los responsables de la vigilancia de cada departamento o distrito, así como también de cada uno de los eventos o grupo de eventos al correo electrónico lineamientosins@ins.gov.co.

Todas las entidades territoriales deben diseñar y conformar grupos de disponibilidad para la verificación de información y la atención de todos los brotes durante el 2017. Para ello, enviar antes del 15 de febrero de 2017 a los correos electrónicos eri@ins.gov.co y lineamientosins@ins.gov.co el cronograma de disponibilidad por semana con nombre completo, teléfono (casa/celular) y correo electrónico de la persona contacto.

Se requiere hacer y actualizar el censo de las festividades de cada municipio del departamento con el fin de establecer las acciones de fortalecimiento de la vigilancia intensificada para la detección de las lesiones por pólvora, la fecha máxima de envío es el 15 de febrero de 2017 al correo electrónico lineamientosins@ins.gov.co.

Confirmación por laboratorio

El laboratorio departamental o distrital en salud pública debe llevar a cabo el diagnóstico por laboratorio de los brotes de Eventos de Interés en Salud Pública que lo requieran y acudir al Instituto Nacional de Salud en caso de no contar con la capacidad resolutoria para hacerlo o como complementariedad diagnóstica.

La entidad territorial debe abogar y vigilar que ante las IPS hagan la confirmación de casos individuales de Eventos de Interés en Salud Pública.

Los procesos de laboratorio de confirmación diagnóstica y control de calidad de los Eventos de Interés en Salud Pública seguirán los lineamientos dados por la Dirección de Redes en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud. Los laboratorios de Salud Pública Departamental/Distrital deben cumplir los tiempos de procesamiento y entrega de resultados de las pruebas de los Eventos de Interés en Salud Pública y participar activamente según el cronograma establecido por la Dirección de Redes en Salud Pública de la evaluación externa del desempeño.

Búsquedas activas institucionales y búsquedas activas comunitarias

La búsqueda activa pretende detectar aquellos casos que no fueron notificados a través de la vigilancia rutinaria, lo que permite la inclusión de la información de estos casos en el sistema para el desarrollo de acciones pertinentes y actuando como control de la calidad y complementariedad del proceso de notificación establecido.

Las búsquedas activas pueden ser institucionales y comunitarias:

Búsqueda Activa Institucional (BAI)

La búsqueda activa institucional de Eventos de Interés en Salud Pública se lleva a cabo a partir de la revisión de registros de consulta externa, urgencias, hospitalización y laboratorios clínicos. Se recomienda a las entidades territoriales efectuarla en instituciones de alto flujo, UPGD, instituciones con indicadores de vigilancia en salud pública en niveles inadecuados, teniendo en cuenta la endemividad del evento y las características de la población atendida por las diferentes instituciones. Algunos eventos, como aquellos en programas de eliminación y erradicación, deben tener búsqueda en todas las IPS del territorio.

En el protocolo de cada evento se especificará las fuentes de la BAI, la fecha de envío al INS se realizara por trimestre de la siguiente manera:

- Cuarto informe 2016 con corte a 31 de diciembre de 2016 envió 28 de enero de 2017
- Primer Informe (enero-febrero y marzo) envió 28 de abril de 2017
- Segundo Informe (abril-mayo-junio) envió 28 de julio de 2017
- Tercer Informe (julio-agosto-septiembre) 27 de octubre de 2017
- Cuarto Informe 2017 (octubre-noviembre- diciembre) 26 de enero de 2018

Los Eventos de Interés en Salud Pública en los que la UPGD debe desarrollar BAI mediante RIPS, a través del módulo de BAI de Sianiesp, utilizando los diagnósticos que nos lleven a cumplir con la definición de casos para cada evento, se hará con una periodicidad de cada tres meses utilizando los formatos BAI del Instituto Nacional de Salud que están disponible en la página web (anexo 1 formato BAI).

Búsqueda activa comunitaria (BAC)

La búsqueda activa comunitaria se desarrolla a través de un rastreo en la comunidad habitualmente a partir de entrevistas casa a casa a líderes comunitarios, residentes, guarderías, colegios, entre otros, buscando casos probables, sospechosos o confirmados de Eventos de Interés en Salud Pública que estén ocurriendo o hayan ocurrido en dicha comunidad y que no hayan ingresado al subsistema de información, direccionándolos a la institución prestadora de servicios correspondiente o realizando seguimiento directo del caso hasta su cierre (anexo 2 formato BAC).

Para los eventos prevenibles por vacunación debe enviarse el consolidado de la BAC, de acuerdo con los monitoreos rápidos de coberturas de vacunación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (cuatro en total), así:

- Cuarto informe 2016 con corte a 31 de diciembre de 2016 envió 28 de enero de 2017
- Primer Informe (enero-febrero y marzo) envió 28 de abril de 2017
- Segundo Informe (abril-mayo-junio) envió 28 de julio de 2017
- Tercer Informe (julio-agosto-septiembre) 27 de octubre de 2017
- Cuarto Informe 2017 (octubre-noviembre- diciembre) 26 de enero de 2018

Llevar a cabo la búsqueda activa de muertes maternas, perinatales y neonatales tardías en la comunidad a través de los equipos de trabajo extramural que desarrollan actividades de salud pública (promotores de salud, brigadas interdisciplinarias, jornadas de vacunación extramurales, monitoreo rápido de cobertura de vacunación, control de vectores y otros).

Los casos identificados deben verificarse con el responsable de la vigilancia de la dirección local de salud para tomar las acciones de vigilancia epidemiológica que sean requeridas.

Vigilancia comunitaria

“La vigilancia en salud pública es un sistema capaz de registrar, consolidar y analizar los datos de interés en salud pública con el fin de realizar acciones oportunas que permitan mejorar las condiciones de vida de los individuos y la comunidad. Es parte fundamental de este sistema la participación comunitaria que permite avanzar en la identificación de problemáticas y construcción de respuestas integrales y conjuntas entre los actores del sistema de salud y la comunidad” (3).

Una de las estrategias relacionadas con la participación comunitaria, que se desarrolla regularmente en las diferentes entidades territoriales, es la vigilancia epidemiológica comunitaria, que favorece la detección y notificación de casos y el establecimiento oportuno de medidas de control. Por ello, debe fortalecerse permanentemente el desarrollo de estrategias en los niveles departamentales y municipales.

NOTA: este documento puede tener ajustes. Se recomienda revisar periódicamente su publicación en la Web del INS para conocer la versión más actualizada.

8.1.2. Subsistema de información

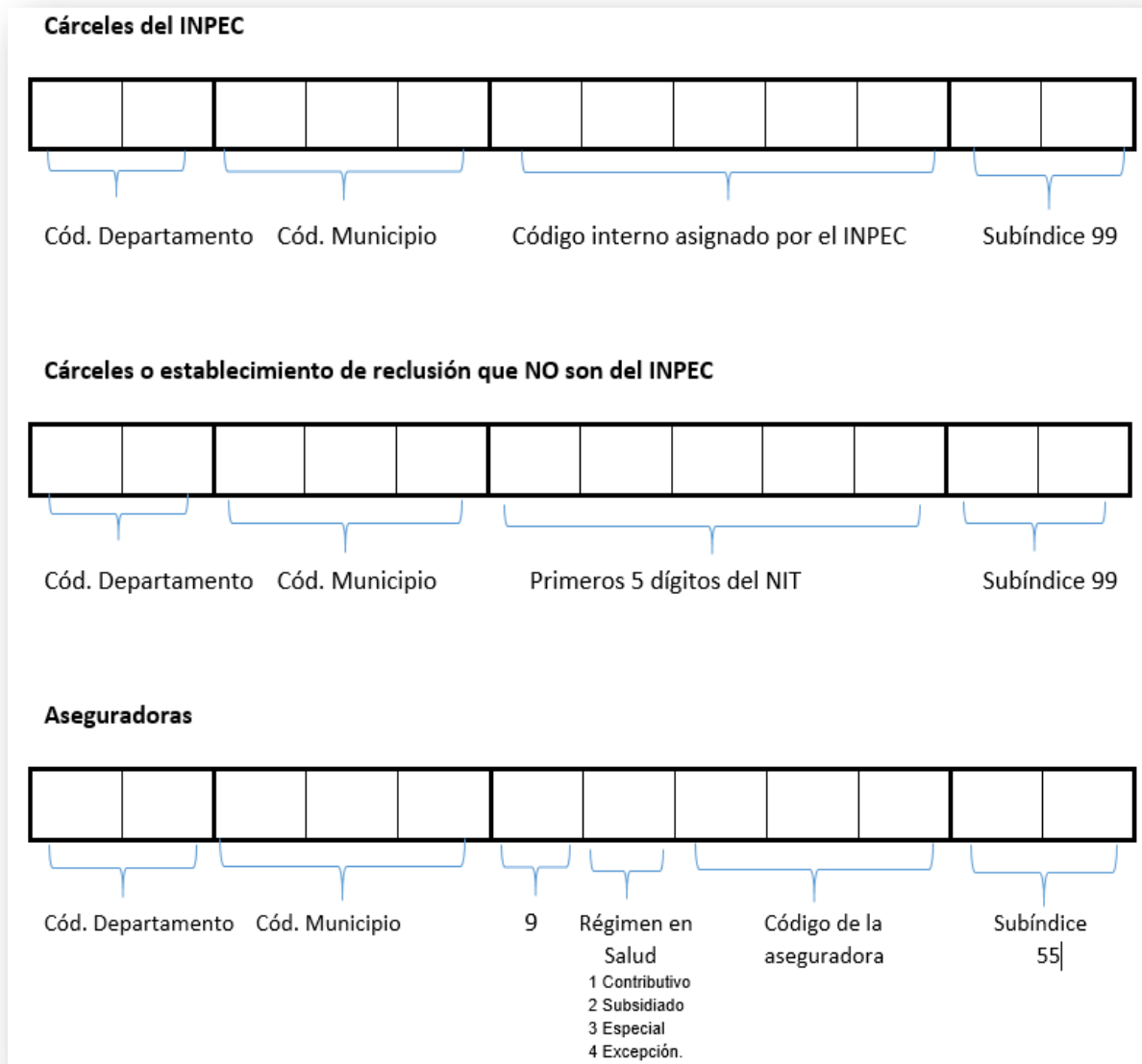
8.1.2.1. Lineamientos Sivigila

Durante el 2017, se hará uso del aplicativo Sivigila 2017 con las actualizaciones a que hubiere lugar, las cuales adoptarán de manera gradual en forma descendente iniciando en la Unidad Notificadora Departamental y Distrital y terminando en la Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI), dado que en ningún caso los niveles inferiores podrán utilizar versiones posteriores a las del nivel a quien reportan con el fin de garantizar la integridad de los datos y que la estructura de los mismos sea compatible con la versión utilizada por quien consolida la información.

Caracterización y actualización de la red de operadores

Cada entidad territorial verificará y ajustará de forma regular el listado de operadores del Sivigila, garantizando que todos los prestadores de acuerdo con sus características, sean clasificados como UPGD o UI, lo cual implica para esta última que en la variable donde se pregunta si es UI se diligencie la opción 1=“si”. Solo se utilizará el dígito “9” en la sexta posición para microscopistas, albergues temporales, ámbitos comunitarios, ámbitos escolares, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y aquellos notificadores que no cuenten con código de habilitación; en los demás casos se deberá conservar el código de habilitación.

En el caso de las cárceles y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios:



En el caso de las UNM deberán caracterizarse en el sistema con los cinco primero dígitos asignados por Divipola y los siete dígitos restantes se completan con ceros, estas unidades remitirán al siguiente nivel una notificación negativa por una única vez, que permita evidenciar en la caracterización del departamento su inclusión.

Al finalizar cada período epidemiológico las UND remitirán al INS:

- I. listado depurado de UPGD y UI activas en Sivigila (diferenciado) en la estructura sivigila, es decir con la totalidad de variables de la caracterización,
- II. copia de respaldo,
- III. el reporte Positivo Negativo y Silencio (PNS) donde se incluyan UI y UPGD, para efectos de evaluación de indicadores de operación del sistema,
- IV. actualización del directorio actualizado de los encargados de Sivigila de cada municipio en el portal Sivigila y
- V. avances de las visitas de verificación de la caracterización de UPGD y UI (Encuestas de verificación de criterios de inclusión, Fotos, Certificaciones, Actas de visita, Pantallazos de caracterización, certificados de habilitación, entre otros).

Cada entidad territorial deberá verificar y garantizar que la totalidad de prestadores que se habiliten como nuevos en su territorio sean visitados, para establecer su clasificación en el sistema y capacitarlos en Sivigila.

Notificación

El envío de los archivos planos de notificación rutinaria e inmediata de las UND al INS **deberá ser realizado en el portal Sivigila** dispuesta en la página institucional en el link:

<http://portalsivigila.ins.gov.co/sivigila/index.php>.

Todos los integrantes del sistema de vigilancia en salud pública, que generen información de interés, deberán realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada. Para tal fin, el flujo de la información debe cumplir con los tiempos establecidos en cada nivel (figura 1).

Figura No 1. Flujo de la notificación de Eventos de Interés en Salud Pública, Colombia, 2017*



- No se exceptúan días festivos
- Se requiere la revisión de los archivos planos cargados al aplicativo antes del envío de la notificación a cualquier nivel, en particular las UND deberán hacer la revisión de la notificación de los municipios y corregimientos departamentales de manera que identifiquen cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:
- El reporte es negativo para todas las UPGD y UI del municipio o corregimiento departamental, por dos semanas o más consecutivas, en este caso, el departamento

deberá solicitar las BAI correspondientes y remitir al INS los soportes del seguimiento realizado.

- Operación con versiones diferentes a la última publicada y difundida por el INS, posterior a la actualización de la UND.
- Inoportunidad o incumplimiento en el reporte semanal, ante esta situación la entidad territorial deberá brindar soporte técnico de ser necesario y remitir al INS las razones por las cuales no notificaron las UNM que se registren en silencio para la semana.

En caso de que las UND presenten inconvenientes en el cargue de los archivos planos al portal Sivigila, deberán informar previamente del inconveniente a los diferentes canales de comunicación del INS, en caso de que persistan las dificultades podrán realizarlo a través de los correos electrónicos: sivigila@ins.gov.co, ins.sivigila@gmail.com (únicas cuentas habilitadas).

El reporte al seguimiento de la notificación se mantendrá a través de los correos en mención de manera semanal, con las siguientes características:

Asunto:

Escribir el nombre del departamento, semana de notificación y año.

Cuerpo del correo:

- Porcentaje de cumplimiento en la notificación semanal de UNM indicando el numerador y denominador.
- Porcentaje de cumplimiento en la notificación semanal de UPGD indicando el numerador y denominador.
- Listado con los municipios silenciosos (describir las razones del silencio por municipio - si no se conocen las razones, especificar).
- Novedades que deban ser tenidas en cuenta en el INS respecto al cargue de información de la semana.

En este mismo correo es necesario efectuar la notificación negativa semanal, para los eventos en eliminación y control internacional, lo cual debe hacerse utilizando la opción del aplicativo Sivigila Procesos → Reportes → Eventos erradicación y control internacional, que automáticamente genera el conteo de casos de esos eventos por semana notificada, ese formato debe ser anexado con la notificación rutinaria semanal de:

- Sarampión
- Rubéola
- Síndrome de rubéola congénita
- Parálisis Flácida Aguda
- Fiebre amarilla
- Cólera
- Peste
- Encefalitis
- Infección respiratoria aguda grave inusitada
- Tétanos neonatal
- Sífilis congénita
- Rabia humana

- Lepra
- Muerte por EDA de cinco años o más

Cierre del correo:

- Datos del referente de Sivigila: nombre, teléfono fijo y celular, correo institucional.
- Datos de Coordinador de vigilancia: nombre, teléfono fijo y celular, correo institucional.

Las entidades territorial deberán realizar requerimiento inmediato a toda UPGD que no reporte ningún evento individual o colectivo en la semana epidemiológica, se considera que la no notificación de una UPGD debe ser asumida como una alerta respecto a la verdadera captación de casos; por lo tanto, se requiere realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI) a toda UPGD que no reporte eventos en una semana epidemiológica.

Las UI que durante cuatro periodos epidemiológicos no reporten ningún evento de interés en salud pública deben ser evaluadas mediante una BAI que identifique si efectivamente no ha reportado casos o incluso si aún está prestando servicios. Como soporte de este seguimiento, la entidad territorial deberá remitir al INS semestralmente:

- Archivo .xls resultado de BAI
- Soporte de visita (acta o encuesta)

Es necesario cumplir con las directrices establecidas en la circular 0021 del 16 de abril de 2015 para la notificación o ajustes de muertes de eventos cuya causa básica, directa o relacionadas sean un evento interés en salud pública.

Ajustes

Los eventos probables o sospechosos notificados en el Sivigila, que requieren definir la clasificación final del caso, deberán ser ajustados en el sistema de información dentro de las cuatro semanas siguientes a su notificación. Las unidades notificadoras departamentales, distritales y municipales deberán garantizar el flujo continuo de esta información así como verificar que las UPGD estructuren y mantengan actualizadas las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos.

Es necesario que la UPGD realice los ajustes necesarios solicitados por las EAPB y los remitidos por la mesa de ayuda del Sivigila para los eventos notificados con inconsistencias.

En cuanto a las EAPB, cuando se identifique que un paciente no se encuentra en su base de afiliados, esta realizará un ajuste "7", modificar la variable tipo de seguridad social con "I= indeterminado pendiente" y remitir el archivo plano resultante al INS para su consolidación en la base nacional y cruce al cierre de la vigencia con BDUAF; no es válido para estos casos la utilización de otro tipo de ajuste como D ó 6.

La fecha límite para realizar ajuste de los casos que ingresaron por las UPGD o UI en 2016 es el 6 de marzo de 2017 los cuales se remitirán al INS el miércoles 8 de marzo de 2017.

Cumplimiento en la notificación

Se consideran no solo incumplimiento, sino silencio epidemiológico las UND, UNM y UPGD que no envíen a tiempo los archivos planos de notificación (según el flujo de notificación descrito en la figura 1). Si alguna UND no realiza la notificación de acuerdo a las directrices mencionadas, la proporción de cumplimiento disminuirá en todos los ámbitos de notificación en la evaluación que realiza el INS cada semana epidemiológica y afectará el promedio de este indicador en el periodo epidemiológico correspondiente; esta información será publicada en los Boletines epidemiológicos semanales e informes de evento publicados en la página web del INS.

Las causales del silencio epidemiológico se describen a continuación:

1. Envío inoportuno de los archivos planos de notificación al portal SiviGila sin comunicación previa (mínimo una hora) de la entidad territorial que refiera los inconvenientes presentados para el cargue de la información.
2. Envío de archivos planos con eventos de interés y vigilancia exclusiva del departamento o distrito.
3. Envío de archivos planos con ajustes realizados a casos notificados en semanas anteriores a la reportada.
4. Envío de archivos planos con casos reportados en semana adelantada o semanas anteriores a la evaluada.
5. Envío de archivos planos modificados o alterados que no permitan la consolidación de información al orden territorial.

No se considera silencio epidemiológico

1. Cuando la entidad territorial informe mínimo una hora previo al tiempo de envío establecido en el flujo de información (3:00 pm) comunique los inconvenientes presentados en el cargue de los archivos planos de notificación al portal SiviGila.
2. Notificación negativa de los eventos de interés en salud pública de la semana evaluada sin embargo si esta notificación es reiterativa estará sujeta a la solicitud de soportes que acrediten las Búsquedas Activas Institucionales que permitieron a la entidad territorial declarar al territorio con ausencia de casos de interés.

Realizar la notificación inmediata de los eventos establecidos de acuerdo con el documento de codificación de eventos o aquellos que representen un riesgo para la salud pública de la población, mediante la opción “transferir-notificar-inmediata” del menú de procesos del programa SiviGila 2017 y en el caso de las UND hacer la respectiva carga al portal SiviGila.

Los archivos planos generados deberán ser enviados al nivel correspondiente de acuerdo con el flujo de información establecido; para las UND únicamente al portal SiviGila. Se deben adjuntar los dos archivos planos generados por el sistema SIVIGILA 2017; con las carpetas comprimidas en .zip que contienen los archivos de texto y los archivos Excel (txt - xls) las cuales se crean en la ruta por defecto del SIVIGILA - Mis Documentos\SIVIGILA - 2017\ARCHIVOS PLANOS.













Del cumplimiento de los lineamientos expuestos dependerá la consecución de las metas de los indicadores de operación del subsistema de información (tabla 1).

Tabla 1.
Indicadores de evaluación de la gestión de subsistema de información, Colombia, 2017.

INDICADOR	Nivel de desagregación	Cálculo	Meta
Cumplimiento en la entrega del reporte semanal	UPGD	(UPGD que notifican en el día y hora establecida / total de UPGD caracterizadas y activas) * 100	Mínimo 90%
	UNM	(UNM que notifican en el día y hora establecida / total de UNM) * 100	Mínimo 97%
	UND	(UND que notifican en el día y hora establecida / total de UND) * 100	100%
Porcentaje de silencio epidemiológico*	UPGD, UNM, UND	(Total de UND, UNM o UPGD que no enviaron el reporte el día y hora establecida / total de UND, UNM o UPGD) * 100	0%
Oportunidad en la notificación semanal	UPGD, UNM, UND	\sum (fecha de notificación – fecha de consulta) / Total de eventos notificados * 100	1 día para eventos de notificación inmediata y 8 para el resto de eventos
Cumplimiento en el ajuste de casos**	UPGD, UNM, UND	(Casos ajustados en su clasificación inicial / Total de casos probables y sospechosos) * 100	100%
Oportunidad en el ajuste de casos	UPGD, UNM, UND	Promedio de la diferencia entre Fecha de ajuste – fecha de notificación	30 días

*De acuerdo a los porcentajes de silencio se establecen los intervalos de riesgo para cada uno de los niveles del flujo, los cuales se describen a continuación:

Figura 2.
Intervalos de riesgo para el indicador de silencio epidemiológico por niveles del flujo de información, Colombia, 2017.

Intervalo % de UND en silencio	Convención	Riesgo	Intervalo % de UNM en silencio	Convención	Riesgo	Intervalo % de UPGD en silencio	Convención	Riesgo
0		Ninguno	0		Ninguno	0		Ninguno
>0% a <10%		Bajo	>0% a <10%		Bajo	>0% a <10%		Bajo
De 10% a 20%		Medio	De 10% a 20%		Medio	De 10% a 20%		Medio
Mayor A 20%		Alto	Mayor A 20%		Alto	Mayor A 20%		Alto

**Se exceptúan los casos de violencia de género que siempre permanecen sospechosos en el sistema.

Nota: las metas se mantienen teniendo en cuenta el ingreso de nuevas UPGD y UI del proyecto de ampliación de operadores del sistema de vigilancia.

Requerimientos y procesos contenciosos administrativos

Ante el incumplimiento en los indicadores de evaluación del proceso de notificación, se realizará un primer llamado de atención vía telefónica o por correo electrónico de manera que sean corregidas las inconsistencias presentadas, de no obtener respuesta con el plan de mejoramiento o de continuar presentando incumplimiento se procederá a realizar los respectivos requerimientos siguiendo el orden establecido en el INT-R02.0000-001 (primer requerimiento al coordinador de vigilancia, segundo requerimiento al Secretario de salud y tercer requerimiento al Secretario de salud con copia a la Superintendencia Nacional de Salud), no obstante se considera “caso especial” si el INS detecta una situación que ponga en riesgo a la población en un municipio o servicio de salud realizará el contacto directo para solicitar las acciones que mitiguen el silencio epidemiológico, en este sentido las UND podrán realizar comunicación directa con las UPGD.

El tiempo de respuesta será de acuerdo a la prioridad de la información con la que se requiere:

Inmediato plazo mínimo de tres días hábiles una vez recibido el requerimiento por la entidad territorial (solicitud de archivos planos correspondientes a la vigilancia rutinaria o silencio epidemiológico en el orden departamental).

Diez días hábiles: Plazo mínimo para requerimientos en los que se solicite identificar el plan de mejoramiento de la entidad territorial que minimice algún riesgo en salud pública (silencio epidemiológico municipal, no reporte de la notificación negativa de los eventos priorizados).

Quince días hábiles: Plazo mínimo para requerimiento en los que la información requerida es de carácter periódica (Informes de evento, red de operadores, notificación de RIPS, entre otros, etc).

Realimentación

La realimentación enviada por el INS a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales es un insumo fundamental para el conocimiento de los Eventos de Interés en Salud Pública atendidos en diversas instituciones que no se encuentran en su territorio, pero que aportan a la incidencia o prevalencia real de los eventos, además de generar alertas para la identificación de casos relevantes que no son observables en la notificación que reciben semanalmente. Esta información una vez es remitida desde el INS a la UND debe ser cargada al Sivigila 2017 y esta a su vez debe ser realimentada al municipio de procedencia y residencia del paciente, con el fin que sean identificados los casos y las UNM tengan conocimiento de los riesgos detectados durante la notificación de casos e igualmente puedan ingresar los datos correspondientes a investigaciones y visitas de campo (cuando aplique para el evento).

Las UPGD, UI, UNM o UND no enviarán archivos de realimentación a otras entidades territoriales ya que la realimentación a UND y asegurador es competencia del INS.

Las EAPB del nivel nacional que reciben la realimentación por parte del INS distribuirán la información a sus regionales.

Creación de eventos de notificación municipal – departamental

En el caso de los eventos de interés en salud pública municipal o departamental que se estime necesario vigilar a través de la herramienta Sivigila, la entidad territorial gestora (UNM o UND) deberá solicitar, previo a la implementación, la autorización al INS. La solicitud deberá estar acompañada del protocolo de vigilancia, el cual debe contener las partes propuestas en los protocolos de vigilancia del INS.

Una vez el INS haga la revisión respectiva asignará el código para ser incluido en el sistema de manera que sea único y no se sobrescriba con los códigos nacionales o departamentales.

Posterior a esta asignación, la entidad territorial deberá comunicar al INS la creación del evento mediante la opción “Exportar” del formulario “Eventos de vigilancia”, al que se accede a través de la opción Tablas → Eventos del software SIVIGILA. El archivo de nombre “Sivigila” resultado de la exportación, deberá ser enviado mediante correo electrónico al INS con asunto “Definición de nuevo evento” más “Nombre y código DANE de la Entidad territorial”

Notificación de eventos de interés en salud pública por medio de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

Los RIPS son una fuente importante de información para la Vigilancia en Salud Pública, pueden ser de utilidad si se mantienen unos estándares mínimos de calidad, lo cual fue demostrado en el estudio piloto realizado de manera conjunta por el Instituto Nacional de Salud, las entidades territoriales y UPGD piloto del proyecto durante el 2012, en cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. De igual forma, se ha avanzado en modelos analíticos y de uso de los datos de los RIPS como una fuente importante, útil y de gran ayuda para la vigilancia en salud pública, que pueden reemplazar progresivamente y con esta fuente, el ejercicio de la notificación individual para algunos eventos que actualmente son informados por ficha de notificación individual.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud desarrollan estrategias para garantizar la disponibilidad oportuna de los registros de datos, el mejoramiento de la calidad de los mismos y el aumento de la cobertura mediante su transferencia directa desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud al MSPS (SISPRO).

La notificación de eventos de salud pública con fuente RIPS se debe implementar en TODOS los prestadores de servicios de salud sean UPGD o UI del país, mediante el uso de las herramientas actualmente suministradas y en los flujos de notificación existentes.

La periodicidad esperada será de 25 días calendario posterior al cierre del mes, en consecuencia con la transferencia de datos descrito en la resolución 3374 de 2000, sin embargo, se aclara que los canales para el envío de la notificación se mantendrán abiertos de manera semanal a través de los correos: sivigila@ins.gov.co y ins.sivigila@gmail.com. Se solicita que el envío de la información sea oportuna, teniendo en cuenta que la información recibida será procesada inmediatamente con el fin de dar cuenta del comportamiento de los eventos de interés en salud pública priorizados en un tiempo mínimo. Es importante tener en cuenta que la información que será enviada al INS debe contener registros correspondientes al periodo inmediatamente anterior al cierre de recepción de RIPS, es decir las fechas deberán ser definidas en el aplicativo teniendo en cuenta el mes correspondiente que se espera enviar. Dado el caso se reciba información correspondiente a periodos anteriores, éstos no deben sobrepasar el año epidemiológico lectivo (únicamente año 2017).

Respecto a la configuración del sistema SIANIESP, es importante tener en cuenta que la misma deberá procesar únicamente Eventos de interés en salud pública en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, Unidades Notificadoras Municipales y Unidades Notificadoras Departamentales.

Se tendrán en cuenta indicadores de seguimiento al envío de la información por las Unidades Primarias Generadoras del Dato que tengan como característica ser sedes principales cuando el caso lo amerite (es decir, cuando se identifique la consolidación de sedes adscritas a la misma); sin embargo, aquellos prestadores que no consoliden información de otras sedes deberán hacer el envío de la notificación periódica en las fechas y por medio de los canales definidos anteriormente. Para realizar el seguimiento a las UPGD, el denominador será ajustado con base al comportamiento de la red de prestadores definida por el Sivigila en cada periodo epidemiológico al que corresponda la notificación.

En cuanto a Unidades Notificadoras Municipales y Unidades Notificadoras Departamentales, se tendrá en cuenta el 100 % de las definidas en el Sivigila sin excepción, con el fin de garantizar la participación de los dos niveles en el proceso de vigilancia en salud pública a partir de fuentes secundarias de información.

Tabla No 2.
Evaluación del cumplimiento notificación SIANIESP-RIPS

Nivel	Proporción de cumplimiento esperada	Denominador
UND	100 %	37 Departamentos y distritos especiales
UNM	90 %	1117 municipios
UPGD	80 %	Dependiendo red actual por periodo epidemiológico

El primer incumplimiento en el envío de la información por las UND tendrá como resultado la generación de un primer oficio por el INS solicitando aclarar las causas de dicha situación y el plan de acción para evitar el incumplimiento; dado caso de no obtener respuesta o de presentarse una segunda ocasión de no envío de la información se generará un requerimiento donde se solicite al departamento el seguimiento y resultado del plan de acción definido y alcance en el envío de la información faltante. Una tercera falta de información en el INS o no respuesta al documento mencionado anteriormente, generará un tercer requerimiento con copia a la Superintendencia Nacional de Salud quien realizará las intervenciones pertinentes.

Para lograr que el flujo de información sea constante y evitar dichas situaciones, el departamento deberá garantizar el envío en estructura, tiempos y contenido de la información mediante las estrategias que allí se definan.

Las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales deberán:

- ✓ Identificar las UPGD que no reportan RIPS, para informar a la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en la Resolución 951 de 2002.
- ✓ Hacer seguimiento a las UPGD de su competencia para la notificación de RIPS.
- ✓ Identificar Eventos de Interés en Salud Pública relevantes en la notificación realizada.
- ✓ Desarrollar e implementar estrategias de mejoramiento de calidad de los RIPS, con el propósito de disponer de información adecuada y oportuna para la toma de decisiones administrativas, la investigación y la formulación de políticas públicas.
- ✓ Garantizar capacitación a las UNM y UPGD de su jurisdicción con el fin de promover el uso de la herramienta y de esta manera lograr la notificación de los EISP mediante los instrumentos suministrados por el INS.

Se recomienda realizar una copia de respaldo del aplicativo SIVIGILA y SIANIESP con la información del 2016 y reinicializar las bases de datos en esta herramienta para iniciar el año con las estructuras desarrolladas para el 2017 integradas en la aplicación de Sivigila 2017. El SIANIESP es la herramienta local para consolidación, búsqueda activa, transferencia y notificación de eventos con fuente en RIPS pero no debe usarse como herramienta de almacenamiento de datos, por cuanto este almacenamiento final se logrará en el Sistema Integrado de Información de Salud y Protección Social (SISPRO) con acceso por parte de todos los usuarios a la información mediante CUBOS.

Los errores que puedan presentarse de la aplicación o del ejercicio cotidiano de notificación mediante la misma, deber ser informado mediante los canales de ayuda dispuesto en el equipo Sivigila mediante la aplicación osticket: <http://201.234.75.133/sivigilasoporte/>.

8.1.3. Subsistema de análisis

Las entidades territoriales de salud deben garantizar el análisis del comportamiento de los eventos sujetos a la vigilancia en salud pública, teniendo en cuenta los lineamientos, protocolos de vigilancia en salud pública, **anexo 15** “Guía construcción indicadores” y el **anexo 3** “Guía para informe por departamento”, disponibles en página web, con el objeto de orientar las intervenciones en salud dirigidas al individuo y a la colectividad, frente a la formulación de planes de acción en salud pública en su jurisdicción.

Se debe realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras fuentes que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública, orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de su jurisdicción y evaluar la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores en su territorio.

La entidad territorial debe desarrollar espacios de análisis como comités de vigilancia epidemiológica, unidades de análisis para los eventos que lo requieran, salas situacionales, entre otros; con base en la información generada, formular las recomendaciones científicas y técnicas concretas y sostenibles, llevando a cabo su seguimiento a través de indicadores de proceso e impacto para la prevención y control de los problemas de salud de la población.

Las EAPB, IPS, direcciones locales, municipales, distritales y departamentales, según sus competencias, deben efectuar el seguimiento por periodo epidemiológico a los planes de mejoramiento elaborados en los espacios de análisis y evaluar los mismos de manera trimestral.

8.1.3.1. Comité de vigilancia en salud pública

Los comités de vigilancia en salud tienen como objetivo desarrollar los análisis pertinentes de la información generada por el sistema, establecer criterios para la programación de actividades y facilitar la toma adecuada de decisiones, que deben traducirse en acciones concretas, las cuales posteriormente deben ser difundidas y tener seguimiento a través de indicadores de gestión e impacto en el control de los eventos, brotes o epidemias. Actuarán como comités de vigilancia en salud pública: los comités de vigilancia epidemiológica

(COVE), los comités de infecciones intrahospitalarias, los comités de estadísticas vitales, los comités de vigilancia epidemiológica comunitaria (COVECOM), y otros comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública (4).

Los comités de vigilancia epidemiológica deberán reunirse ordinariamente una vez por periodo epidemiológico y serán presididos por el director territorial de salud. La secretaría técnica estará a cargo del responsable de vigilancia epidemiológica de la dirección territorial de salud.

Las entidades territoriales deben incluir el análisis de información sobre el comportamiento de cada grupo de eventos al menos en un COVE departamental o distrital en cada semestre del año.

Las entidades territoriales deben incluir el análisis de indicadores de operación del sistema y del comportamiento de cada grupo de eventos en al menos un COVE departamental o distrital en cada semestre del año. Los responsables de la vigilancia en salud pública al interior de las UPGD y las UI deben ser parte activa de los COVE.

8.1.3.2. Realimentación

- Debe efectuarse la realimentación trimestral del cumplimiento según los indicadores del Sivigila.
- Las entidades territoriales deben divulgar los resultados de la vigilancia en su ámbito de influencia, con el propósito de orientar las acciones colectivas en la forma y periodicidad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, adaptando la información para su difusión de acuerdo con el medio de divulgación, tipo de población y usuarios a los que se dirige (3), por medio de la publicación de boletines o informes epidemiológicos periódicos.

Debe enviarse un informe digital del comportamiento epidemiológico de los eventos y de las actividades desarrolladas semestralmente con base en los indicadores definidos en los protocolos, en las fechas que se escriben a continuación. Para los eventos de maternidad segura y enfermedades crónicas no transmisibles tener en cuenta las recomendaciones para el informe consideradas en los lineamientos y documentos anexos en la página web.

Las fechas para envío serán:

- Informe anual 2016: 06 de abril (corte a 06 de marzo de 2017).
- Informe semestral 2017: a periodo VI envió 16 de julio (corte a 17 de junio de 2017).
Enviar al correo lineamientosins@ins.gov.co

Comunicación efectiva de casos entre entidades territoriales:

- Para los Eventos de Interés en Salud Pública debe existir comunicación efectiva entre los diferentes niveles, en especial entre las entidades territoriales (secretarías departamentales y distritales de salud), para informar de manera inmediata entre ellas los casos procedentes de otros departamentos o distritos que requieran intervención inmediata.
- En caso de que se presente un evento de interés de salud pública en una entidad

territorial diferente a la de residencia del paciente, es responsabilidad de la entidad territorial que notifica informar a la entidad territorial correspondiente de residencia y apoyar los procesos relacionados con análisis y ajustes de los casos. La entidad territorial de residencia deberá efectuar la retroalimentación posterior de los resultados a la entidad territorial de notificación para los ajustes que se requieran.

8.1.3.3. Unidades de análisis para eventos de interés en salud pública prioritarios

Para cumplir con la función de realizar el análisis de la situación de salud según el Decreto 0780/2016, (Art. 2.8.8.1.1.8, 2.8.8.1.1.9, 2.8.8.1.1.10), cada uno de los niveles de la Red de Vigilancia en Salud Pública está obligado a programar y efectuar unidades de análisis de los eventos objeto de vigilancia prioritarios, las cuales permiten establecer las causas directas e indirectas, clasificarlas, identificar las fallas de los servicios de salud o en ámbitos fuera de ellos que llevaron a la ocurrencia del evento, con el fin de caracterizar los problemas “tipo” y obtener conocimiento, de modo que su intervención permita prevenir, mitigar y evitar la morbilidad o mortalidad por estos eventos de interés en salud pública.

En ese sentido, se deben cumplir las siguientes directrices:

- Se realizará unidad de análisis a los eventos prioritarios de interés en salud pública notificados, a los obtenidos en las búsquedas activas y por otras fuentes de información secundarias, incluidos los encontrados durante las asistencias técnicas; en ella participaran representantes concedores del caso y con poder de decisión de la Prestadora de Servicios de Salud en dónde ocurrió, de la entidad territorial municipal, de la EAPB a la que estaba afiliado y otros invitados que se consideren pertinentes para participar en el análisis. Las secretarías de salud departamentales, distritales y el Instituto Nacional de Salud participarán en las unidades de análisis en las que el caso lo requiera.
- Se realizará unidad de análisis a todos los casos notificados de los eventos de muerte por enfermedad diarreica aguda en menor de cinco años, muerte por infección respiratoria aguda en menor de cinco años, muerte por desnutrición en menor de cinco años, muerte por dengue, muerte materna, muerte perinatal y neonatal tardía (a una proporción de los casos determinados en el protocolo de vigilancia) y muerte por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA.
- Se realizará unidad de análisis a todos los casos de VIH con condición final vivo identificados como transmisión maternoinfantil, transfusional, accidente laboral y trasplante de órganos, la cual será convocada y liderada por la entidad territorial de procedencia.
- Los eventos de interés en salud pública prioritarios que sean captados a través de fuentes secundarias y que no estén notificados al Sivigila, serán objeto de revisión de la historia clínica y si cumple con la definición de caso para el evento, se notificarán de manera inmediata y se realizará la unidad de análisis.
- La unidad de análisis de los casos de muerte por desnutrición, muerte por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, muerte por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, muerte materna, muerte perinatal y neonatal tardía, será convocada y liderada por la entidad territorial municipal y distrital (en caso de la Secretaría de salud de Bogotá por la sub red) de residencia.

- La unidad de análisis de los casos de muerte por dengue y muerte por SIDA, será convocada y liderada por la entidad territorial municipal y distrital (en caso de la Secretaría de salud de Bogotá por la sub red) de procedencia.
- La Secretaría de salud municipal y distrital (en caso de la Secretaría de salud de Bogotá por la sub red) de donde proceda o resida el caso (según el evento) será quien recolecte todas las fuentes de información, diligencie el formato de unidad de análisis y presente el caso.
- En lo que se refiere a las unidades de análisis para los casos notificados de los eventos muerte perinatal y neonatal tardía se seguirán los mismos criterios que están establecidos en el protocolo de vigilancia.
- En los casos de muerte materna el análisis se realizará de acuerdo con el protocolo de vigilancia y la información debe ser registrada en el aplicativo correspondiente.
- Las prestadoras de servicios de salud realizarán unidad de análisis interna utilizando la metodología y los instrumentos anexos a la misma, a todas las muertes ocurridas en sus instituciones, independiente de la procedencia y residencia del caso y enviarán al municipio la historia clínica, certificado de defunción, la autopsia clínica y las otras fuentes de información útiles para el análisis de los casos, máximo siete días después de ocurridos.
- Las fuentes de información que se usarán para la realización de las unidades de análisis son:
 - Historias clínicas de las atenciones recibidas
 - Epicrisis
 - Registro de la notificación del caso
 - Copia de la investigación de campo y de la autopsia verbal (si aplica)
 - Reporte de autopsia clínica (si aplica)
 - Certificado de defunción
 - Copia del acta de la unidad de las unidades de análisis internas de la IPS y EAPB
 - Resultado de pruebas diagnósticas específicas
 - Para los eventos Inmunoprevenibles y eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización: adjuntar copia del carné de vacunación.
 - Para muerte materna: cumplimiento de acciones mínimas de atención prenatal, parto y postparto, carné materno, partograma, cuadro consolidado de laboratorios y otros exámenes
 - Informe de actividades demanda inducida, detección temprana y protección específica cuando aplique
 - Otras fuentes de información que se consideren importantes para el análisis
- Las secretarías municipales y distritales de salud recibirán las fuentes de información de las muertes que no corresponden a su área de influencia y las remitirán a la entidad territorial que corresponda, dentro de la misma semana en la que las reciban.
- Las secretarías de salud de los municipios y distritos (en caso de la Secretaría de salud de Bogotá la sub red), realizarán las unidades de análisis de los casos ocurridos en su área de influencia utilizando la metodología y los instrumentos anexos a la misma, en conjunto con las prestadoras de servicios de salud y las EAPB que tengan relación con los mismos y las remitirán con sus fuentes de información máximo dos semanas después de notificados. (Anexo 04 y 04.1)

- Las secretarías municipales y distritales (en caso de la Secretaría de salud de Bogotá la sub red) de salud de procedencia y residencia de los casos, una vez hayan realizado las investigaciones de campo, las autopsias verbales requeridas y gestionen las fuentes de información de los casos que les corresponden, designarán una persona para diligenciar el formato de unidad de análisis, quien convocará a los actores necesarios, presentará el caso, liderará la unidad de análisis y remitirá al departamento el formato diligenciado con las respectivas fuentes de datos en las dos semanas siguientes a la fecha de notificación.
- Las secretarías distritales y departamentales de salud revisarán la calidad de las unidades de análisis recibidas de los municipios (en el caso de los distritos de su red de prestadoras y de la sub red en el caso de la secretaría de salud de Bogotá), tendrán dos semanas para diligenciar el formato establecido por el Instituto Nacional de Salud para la realimentación de las mismas y el envío tanto a los municipios como al Instituto Nacional de Salud.
- Las secretarías distritales y departamentales de salud liderarán, organizarán y participarán en las unidades de análisis cuando el municipio o la sub red en el caso de la secretaría de salud de Bogotá, no cuente con la capacidad técnica para cumplir con esta competencia y en los casos en los que se presenten eventos en proceso de eliminación, erradicación y control internacional y remitirán al INS, al correo del grupo unidad de análisis de casos especiales (el cual será divulgado por el grupo), las fuentes de información y las unidades de análisis realizadas y las remitidas por el municipio, máximo cuatro semanas siguientes a la notificación del caso.
- Las EAPB participarán en todas las unidades de análisis a las que sean convocados, designando mínimo un participante con poder de decisión, verificarán que su red de prestadoras remita sus propias unidades de análisis en el formato y aplicando la metodología establecida por el Instituto Nacional de Salud y las fuentes de información necesarias de forma oportuna y suministrarán a las entidades territoriales tanto sus unidades de análisis internas como la información necesaria que sea de su competencia para realizar el análisis.
- Las unidades de análisis se realizarán siguiendo la metodología estandarizada consignada en el manual correspondiente y sus anexos, los cuales serán enviados a todas las entidades territoriales para que ellas a su vez las remitan a las UPGD y EAPB de su jurisdicción. (Anexo 04 y 04.1)
- Los hallazgos detectados en la unidad de análisis, serán consolidados por entidad territorial en el formato de tablero de problemas establecido por el INS, por periodo epidemiológico, el cual será enviado al INS, al correo del grupo unidad de análisis de casos especiales (el cual será divulgado por el grupo), máximo en la segunda semana posterior al cierre del periodo epidemiológico.
- Las Entidades territoriales departamentales, distritales, municipales, EAPB y prestadoras de servicios de salud una vez dispongan del tablero de problemas, elaboraran con ellos un solo plan de mejoramiento que deberá ser remitido siguiendo el flujo de información del sistema de vigilancia al Instituto Nacional de salud máximo en la segunda semana posterior al cierre del periodo epidemiológico, al correo del grupo unidad de análisis de casos especiales (el cual será divulgado por el grupo).

Correspondencia Sivigila – Estadísticas vitales

Por periodo epidemiológico las entidades territoriales deben hacer el análisis de la correspondencia entre la notificación de muertes en Sivigila y la información que ingresa por los certificados de defunción (RUAF y papel) a las secretarías departamentales y distritales de salud, efectuando los ajustes de los casos encontrados en ambos sistemas.

La UPGD, el municipio y el departamento deben velar por el correcto diligenciamiento de la ficha de notificación, en especial de la causa básica de muerte en los casos requeridos, la cual es de utilidad para las acciones en salud pública frente a la toma de decisiones y acciones.

Para bajo peso al nacer a término debe calcularse por periodo epidemiológico el porcentaje de correspondencia entre Sivigila y las estadísticas vitales o certificados de nacidos vivos en los sitios donde no está implementado el RUAF.

Una vez se concluya el estudio de caso deben efectuarse los ajustes respectivos al Sivigila y la enmienda al certificado de defunción que sea requerida.

Para la vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública es prioritario el trabajo conjunto entre vigilancia epidemiológica y el laboratorio departamental de salud pública, por lo tanto, en cada entidad territorial debe elaborarse una retroalimentación de los casos reportados al Sivigila y de las muestras recibidas en laboratorio con el fin de efectuarse el respectivo seguimiento y confirmación diagnóstica. Estas dos fuentes de información deben ser 100 % concordantes.

Estudio anatomopatológico y necropsia

En los casos de muertes por Eventos de Interés en Salud Pública es obligatoria la toma de muestras para estudio anatomopatológico y su envío al laboratorio de patología del Instituto Nacional de Salud, al que debe anexarse un informe que incluya la causa de muerte, agentes causantes, epicrisis y el resumen de la historia clínica. En caso de no tener la autorización de los padres o cuidadores, se aplicará lo contemplado en el Decreto 786 de 1990 y en la Ley 9 de 1979.

Deben seguirse las recomendaciones establecidas en el Protocolo de vigilancia y el Manual para obtención y envío de muestras de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud.

Ante todo caso de muerte materna en la cual la causa básica de muerte no está claramente establecida y la probable manera de muerte sea natural, se procederá a realizar la necropsia clínica; en caso de que la probable manera de muerte sea violenta se solicitará la necropsia médico legal de acuerdo al Decreto 786 de 1990 y el Decreto 780 de 2016.

8.1.4. Grupo transmisibles

8.1.4.1. Equipo Inmunoprevenibles

Estos lineamientos recogen los compromisos adquiridos por el país que favorecen la salud pública, en particular en la iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos para eventos inmunoprevenibles, como el Plan Estratégico de la Fase Final de Erradicación de la poliomielitis 2013-2018, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Plan Estratégico Global de Sarampión y Rubéola 2012-2020 de la OMS para la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el Plan de Acción Mundial de Vacunas 2011-2020 de la OMS para mantener la eliminación del tétanos neonatal, así como otros logros del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y definidos como prioridad Nacional en materia de salud pública por la ley 715 de 2001 y la ley 1122 de 2007.

Lineamientos Generales de inmunoprevenibles

Se insta a las entidades territoriales a realizar unidades de análisis por periodo epidemiológico entre los responsables de vigilancia en salud pública, responsables del PAI y el personal de laboratorio, con el fin de examinar la información o la falta de la misma sobre la situación de las enfermedades prevenibles por vacunación así como para la revisión de la calidad de los datos, clasificación de los casos reportados y realizar los ajustes respectivos al Sivigila en cada periodo epidemiológico.

En los eventos en los que se requiere quimioprofilaxis a contactos de casos probables o confirmados, estos contactos deben ser canalizados a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Parálisis flácida aguda (PFA)

Con el objeto de mantener la certificación de la erradicación en Colombia y seguir las recomendaciones del plan estratégico para la erradicación mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, cada entidad territorial del orden departamental y distrital debe:

- Notificar de manera inmediata e individual, en cada nivel del sistema, todos los casos probables de PFA de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- Mantener el 100% de concordancia de la información enviada por el Sivigila, con las demás fuentes de información (Laboratorio de Salud Pública, oficina de Vigilancia en Salud Pública, PESS -*Polio Eradication Surveillance System*-, etc), en coordinación con el referente nacional del evento.
- Informar inmediatamente al referente Nacional y a la entidad de procedencia los casos notificados diferentes a su área de influencia territorial, para la realización inmediata de la investigación de campo.
- Cumplir con los indicadores de vigilancia establecidos en el Plan de Erradicación por encima del 80 % y la tasa esperada de notificación igual o mayor a un caso

probable por cada 100 000 menores de 15 años.

- Enviar en medio magnético al referente Nacional, la investigación de campo, monitoreo rápido de cobertura de vacunación, bloqueo vacunal, copia de historia clínica, copia de la epicrisis, copia del carné de vacunas, copia de los resultados de electromiografía, potenciales evocados, resonancia magnética, Tomografía axial computarizada (TAC) y Líquido Cefalorraquídeo (LCR) y valoraciones neurológicas de 30, 60 y 90 días de cada caso notificado.
- De los casos a los que no se les recolectó muestra enviar además Unidad de análisis.
- En todo caso probable de PFA que fallece se hará investigación epidemiológica de campo, necropsia, recolección de muestras de tejidos y unidad de análisis según lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia en salud pública del evento.

Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita

El 29 de abril de 2015, la Región de las Américas fue certificada como la primera en el mundo en haber eliminado la rubéola y el síndrome de rubéola congénita y el 27 de septiembre de 2016 se certificó la eliminación del sarampión. En este contexto de mantener la certificación, se solicita a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal fortalecer el análisis sistemático de la integridad y consistencia de los datos de vigilancia de Sarampión/Rubéola para optimizar su calidad y lograr el cumplimiento de los indicadores internacionales establecidos. Por lo anterior es necesario:

- Notificar de manera inmediata e individual, en cada nivel del sistema, todos los casos sospechosos de sarampión, rubéola y síndrome de rubeola congénita, de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública. Esto incluye todos los casos provenientes fuera del país.
- Lograr el 100 % de correspondencia de la información enviada por el Sivigila, con las demás fuentes de información (Laboratorio de Salud Pública, Oficina de Vigilancia en Salud Pública, aplicativo MESS –*measles eliminaton surveillance system* y otros).
- Para velar por la integridad y calidad de los datos, será de obligatorio cumplimiento para las entidades territoriales departamentales y distritales la actualización semanal en el Sivigila, de la información de variables críticas de la ficha de notificación tales como la fecha de visita domiciliaria, el antecedente vacunal, la fecha de toma de muestras, la fecha de recepción en el laboratorio y la fecha de procesamiento.
- Para asegurar una adecuada sensibilidad del sistema de vigilancia integrada de sarampión y rubéola, se debe cumplir con la tasa esperada de notificación de casos sospechosos de dos o más casos por cada 100 000 habitantes y para la vigilancia de síndrome de rubeola congénita igual o mayor a un caso sospechoso por cada 10 000 nacidos vivos.
- Todo caso sospechoso de sarampión/rubéola con resultado de IgM positivo o dudoso, debe tener una segunda muestra de suero tomada 15 días después de la primera y enviarse al INS con el objeto de determinar los niveles IgG en muestras pareadas (en casos de síndrome de rubeola congénita, la muestra se tomará un mes después). También aplica este lineamiento para todo caso en donde se dude del diagnóstico de sarampión o rubéola, por ejemplo, un falso positivo por virus del

- dengue, varicela, herpesvirus humano, parvovirus B19, chikunguña, entre otros.
- Durante las actividades de capacitación se debe entrenar al personal médico para que durante el control prenatal de toda mujer gestante se solicite UNICAMENTE títulos de anticuerpos IgG para rubéola con el fin de conocer si está debidamente inmunizada. Los anticuerpos IgM se solicitarán EXCLUSIVAMENTE en caso de alta sospecha de rubéola o de exposición a un caso confirmado de rubéola.
 - Ante la presencia de un brote de sarampión o rubéola (un caso confirmado) se deben enviar el informe de la investigación de campo de 24 y 72 horas posterior al inicio de la investigación y al terminar el brote o cuando se logre controlar. (Anexo 16. Informe de investigación de brote 24, 72 horas y final).
 - En todo caso sospechoso de muerte por sarampión o de síndrome de rubeola congénita se hará investigación epidemiológica de campo, necropsia, recolección de muestras de tejidos y sangre y unidad de análisis según lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia en salud pública del evento.

Tétanos neonatal

- Notificar de manera inmediata e individual, en cada nivel del sistema, todos los casos probables de tétanos neonatal.
- Notificar semanalmente los casos probables y confirmados de tétanos neonatal, de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- Mantener en 0 % la letalidad por tétanos neonatal durante el año 2017 en el nivel nacional.
- Mantener la tasa anual de tétanos neonatal por debajo de un caso por cada 1000 nacidos vivos, en el departamento o distrito, con el mejoramiento de la vigilancia de tétanos neonatal en cuanto a la identificación y control de los municipios de alto riesgo.
- Toda muerte por tétanos neonatal debe ser notificada como mortalidad perinatal y neonatal.
- En todo caso probable de muerte por tétanos neonatal se hará investigación epidemiológica de campo, necropsia o autopsia verbal y unidad de análisis según lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia en salud pública del evento.

Tétanos accidental

- Notificar de manera inmediata e individual, en cada nivel del sistema, todos los casos probables de tétanos accidental.
- Notificar semanalmente los casos probables de tétanos accidental, de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- Si el evento se presenta en un niño menor de 10 años, deberá realizarse una unidad de análisis que incluye a los encargados del PAI, con el fin de detectar las causas por las cuales estas personas no fueron inmunizados.
- En todo caso probable de muerte por tétanos accidental se hará investigación epidemiológica de campo, necropsia o autopsia verbal y unidad de análisis según lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia en salud pública del evento.

Tos ferina

- Notificar de manera inmediata e individual, en cada nivel del sistema, todos los casos probables de tos ferina.
- Notificar semanalmente los casos probables y confirmados de tos ferina, de conformidad con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- Ante la presencia de un brote de tos ferina se debe enviar el informe de brote de 24 y 72 horas de iniciada la investigación epidemiológica de campo y el informe final al terminar el brote. (Anexo 16. Informe de investigación de brote 24, 72 horas y final)
- Al 100 % de los casos notificados como probables se les realizará prueba de laboratorio por RT-PCR o cultivo para la clasificación final del caso de tos ferina.
- Al 100 % de las muertes notificadas probables o confirmadas de tos ferina que fallezca se hará investigación epidemiológica de campo, necropsia, en caso de no obtener muestra antes del fallecimiento se deberá tomar una muestra lavado bronquial y enviar al INS además de realizar la unidad de análisis para clasificación y ajuste del caso dentro de las primeras cuatro semanas a la notificación según lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia en salud pública del evento.

Meningitis Bacterianas Agudas

Con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad por Meningitis Bacterianas Agudas (MBA) causada por *S. pneumoniae*, *N. meningitidis* y *H. influenzae*, cada ente territorial debe realizar las siguientes acciones:

- Notificar de manera inmediata e individual, en cada nivel del sistema, todos los casos probables de MBA.
- Notificar semanalmente los casos probables y confirmados de MBA, de conformidad con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- Ante la presencia de un caso de *N. meningitidis* se hará la investigación del brote y se enviará el informe de brote de 24 y 72 horas posterior al inicio de la investigación y el informe final al terminar el brote con descripción completa de tipo profilaxis utilizada y número de contactos intervenidos.
- Ante la presencia de un caso de *H. influenzae* se hará la investigación epidemiológica de campo y se enviará el informe dentro de las primeras 48 horas posterior a la notificación con descripción de barrido de vacunación y acciones de profilaxis realizada.
- Ante caso confirmado de MBA por otros agentes se deberá realizar el ajuste “3” con agente “4” y en la descripción por laboratorio describir el agente identificado.
- Al 100 % de las muertes notificadas por meningitis bacteriana por *S. pneumoniae*, *N. meningitidis* y *H. influenzae* se les hará investigación epidemiológica de campo, necropsia y unidad de análisis según lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia en salud pública del evento, dentro de las primeras cuatro semanas de la notificación.
- Para los casos descartados de MBA se contará con epicrisis y reportes de laboratorio para justificación de descarte.

Parotiditis

- Notificar semanalmente los casos confirmados de parotiditis, de conformidad con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- Ante un brote se tomarán las muestras para caracterización del evento, según lo descrito en el protocolo de vigilancia de parotiditis.
- Ante la ocurrencia de un brote de parotiditis se notificará de manera inmediata, se realizará investigación epidemiológica de campo y se enviará el informe de brote de 24 horas, 72 horas e informe final. (Anexo 16. Informe de investigación de brote 24, 72 horas y final)
- Informar por periodo epidemiológico al referente Nacional, los brotes que se presenten en la entidad territorial, indicando: la fecha de notificación, el nombre del lugar donde se presentó, georreferenciación, el número de casos expuestos y susceptibles, la semana epidemiológica en la cual se presentó, la fecha de inicio de síntomas del último caso y la fecha de cierre.
- En todo caso de muerte por parotiditis se hará investigación epidemiológica de campo, necropsia y unidad de análisis según lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia en salud pública del evento.

Varicela

- Notificar semanalmente los casos individuales y brotes de varicela, de acuerdo con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia del evento.
- Ante la ocurrencia de un brote de varicela se debe realizar la investigación epidemiológica de acuerdo con lo establecido en los protocolos de vigilancia y deben enviarse al referente nacional los informes de 24 horas, 72 horas y final de cada brote. (Anexo 16. Informe de investigación de brote 24, 72 horas y final)
- Informar por periodo epidemiológico al referente nacional los brotes que se presenten en la entidad territorial, indicando: la fecha de notificación, el nombre del lugar donde se presentó, el número de casos expuestos y susceptibles, la semana epidemiológica en la cual se presentó, la fecha de inicio de síntomas del primer caso, la fecha de inicio de síntomas del último caso y la fecha de cierre.
- En todo caso de muerte por varicela se hará necropsia, se tomaran muestras de tejido para envío al INS y unidad de análisis según lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia en salud pública del evento.

Difteria

Con el objeto de mantener el control de la morbilidad y mortalidad por difteria, cada entidad territorial debe realizar las acciones contenidas en el protocolo ante la notificación de casos, además de:

- Notificar de manera inmediata e individual, en cada nivel del sistema, todos los casos probables o confirmados de difteria.
- Fortalecer la vigilancia, el control y manejo de los casos de difteria desde las UPGD para evitar la muerte por estos eventos en menores de cinco años.

- Ante la presencia de un brote de difteria (un caso confirmado) se enviará el informe de avance de la investigación de campo en las siguientes 48 horas de identificado el brote y el informe de 24 y 72 horas posterior a la investigación y al terminar el brote o cuando se logre controlar. (Anexo 16. Informe de investigación de brote 24, 72 horas y final)
- En todo caso probable o confirmado de muerte por difteria se hará investigación epidemiológica de campo, necropsia y unidad de análisis según lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia en salud pública del evento.

Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (Esavi)

Con el objeto de lograr la caracterización de los eventos adversos que se presentan después de la administración de las vacunas, cada ente territorial del orden departamental y distrital realizará las siguientes acciones:

- Notificar de manera inmediata e individual los casos en los cuales el evento reportado pone en riesgo la vida, ocasiona discapacidad, hospitalización o muerte, cuando se presente un aumento significativo de los eventos adversos en una determinada zona geográfica y cualquier rumor que se genere en la comunidad o en medios de comunicación.
- Dar cumplimiento obligatorio, a las actividades que contemplan el protocolo de vigilancia en salud pública para el evento.
- Realizar capacitaciones periódicas dirigidas a profesionales del PAI y Vigilancia en Salud Pública, respecto a las reacciones esperadas después de la administración de las vacunas y la clasificación de los casos presentados.
- En los casos en que se presenten fallas en el proceso de preparación, manejo o administración de una vacuna (errores programáticos) y que ocurran en una o varias personas, se realizará la notificación inmediata al INS y al PAI del Ministerio de Salud y Protección Social, aun cuando no se haya identificado un deterioro de la salud de los receptores; en este caso no será necesario el diligenciamiento de la ficha individual. Al finalizar la investigación se deberá presentar un informe que contenga la descripción del hallazgo encontrado, las causas del error y el plan de mejoramiento para prevenir la presentación de nuevas situaciones similares.
- Investigar y notificar los rumores sobre la seguridad de una vacuna, que se han generado en los diferentes medios de comunicación y en la comunidad, con el fin de recopilar y analizar los datos que orientarán las acciones para la atención de los casos de ESAVI, en el nivel nacional, departamental, distrital y municipal, según se requiera.

Lineamientos para unidades de análisis para eventos Inmunoprevenibles

Toda vez que, de acuerdo con el protocolo de vigilancia en salud pública de los eventos Inmunoprevenibles, sea necesario realizar unidad de análisis, se deberá como mínimo verificar la disponibilidad de:

- Resumen de historia clínica
- Resultados de laboratorio y otros exámenes (si aplica)
- Copia de certificado de defunción
- Copia de la investigación de campo o entrevista (si aplica)

- Si hay muerte reporte de necropsia o autopsia verbal.
- Carné de vacunación

Así mismo, para el desarrollo de la unidad de análisis es necesario:

- La participación de los diferentes actores implicados
- Revisión y análisis de la documentación disponible (citada anteriormente)
- Clasificación final del caso (por, asociado, descartado), según el evento.
- Estudio de certificado de defunción y proceso de enmienda estadística
- Análisis de demoras y factores determinantes
- Presentación acciones por aseguramiento
- Conclusiones y recomendaciones
- Plan de mejoramiento

Tabla No 3.
Eventos inmunoprevenibles en los que se solicita realizar unidad de análisis, Colombia, 2017.

Evento	Unidad de análisis
Parálisis flácida aguda	Casos sin muestra o con muestra inadecuada y todo caso de PFA fallecido. Casos de polio paralítica asociados a la vacuna oral o por virus derivados de vacuna. Casos de PFA en mayores de 15 años provenientes del exterior (zonas endémicas)
Sarampión y Rubéola	Todo caso con IgM positiva o dudosa Todo caso sin muestra Casos provenientes del exterior
Síndrome de rubéola congénita	Todo caso con IgM positiva o dudosa Todo caso sin muestra
Tétanos neonatal	Todo caso notificado
Tétanos accidental	Todo caso de muerte
Tos ferina	Toda muerte por tos ferina. Todos las muestras rechazadas por motivo de recolección o conservación inadecuada y que lleguen sin ficha epidemiológica.
Difteria	Todo caso probable sin muestras para identificación del agente causal. Toda muerte en caso probable de difteria.
Varicela	Muertes relacionadas con el evento
Meningitis bacterianas agudas (MBA)	Toda muerte por MBA causada por <i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> y <i>H. influenzae</i> . Todo caso al que se le inicie antibiótico antes de la toma de muestra con: análisis citoquímico y sintomatología compatible con MBA y cultivo negativo.
Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización	Toda muerte, eventos graves, inusuales o masivos y errores programáticos.

La unidad de análisis, el plan de mejoramiento y los documentos de soporte deben ser enviados al referente del evento en la dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública del INS al correo lineamientosins@ins.gov.co

8.1.4.2. Equipo *Micobacterias*

Tuberculosis y tuberculosis farmacoresistente

Relación de fuentes de información por vigilancia: hacer las reuniones de evaluación mensual en las que se realice la correspondencia de la información reportada a través de las tres fuentes de información existentes para tuberculosis y tuberculosis farmacoresistente: Sivigila, programa y laboratorio, se tendrán en cuenta la correspondencia de la confección TB-VIH, RUIAF, realizando los ajustes necesarios a la notificación, de acuerdo con los resultados de las reuniones de análisis, las actas de las

reuniones serán consolidadas y enviadas al INS trimestralmente al correo sfadul@ins.gov.co y mlopez@ins.gov.co, así:

- Primer Informe (enero-febrero y marzo) 28 de abril de 2017
- Segundo Informe (abril-mayo-junio) 28 de julio de 2017
- Tercer Informe (julio-agosto-septiembre) 27 de octubre de 2017
- Cuarto Informe 2017 (octubre-noviembre- diciembre) 26 de enero de 2018

Unidades de análisis de mortalidad: a toda muerte se le realizará unidad de análisis para todo caso de tuberculosis (incluye casos de TB resistentes a múltiples medicamentos) cuya condición final es muerte. Se requiere enviar al equipo de micobacterias la matriz de análisis establecida (

5, matriz de la vigilancia y seguimiento de la mortalidad por tuberculosis y lepra), se realizará en un plazo máximo de cuatro semanas

Informe semestral y anual: del comportamiento del evento con los indicadores establecidos en el protocolo incluirán en el informe anual 2016: 06 de abril (corte a 06 de marzo de 2017) e informe semestral 2017: a periodo VI envió 21 de julio (corte a 17 de junio de 2017). Enviar al correo lineamientosins@ins.gov.co, sfadul@ins.gov.co; mlopez@ins.gov.co

Lepra

Casos clasificados como recidiva: todo caso que se notifique como recidiva, se enviarán a la dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, el acta de análisis de la clasificación por recidiva incluirá el resultado de la biopsia y el resultado actual de BK para lepra y realizará los ajustes correspondientes al correo sfadul@ins.gov.co

Relación de fuentes de información: realizar reuniones de evaluación mensual en las que se realice correspondencia la información reportada a través de las tres fuentes de información existentes para lepra: Sivigila, programa y laboratorio, realizando los ajustes necesarios a la notificación, de acuerdo con los resultados de las reuniones de análisis el envío al Instituto Nacional de Salud se realizara cada trimestre al correo sfadul@ins.gov.co

- Primer Informe (enero-febrero y marzo) 28 de abril de 2017
- Segundo Informe (abril-mayo-junio) 28 de julio de 2017
- Tercer Informe (julio-agosto-septiembre) 27 de octubre de 2017
- Cuarto Informe 2017 (octubre-noviembre- diciembre) 26 de enero de 2018

Informe semestral y anual: del comportamiento del evento con los indicadores establecidos en el protocolo incluirán en el informe anual 2016: 06 de abril (corte a 06 de marzo de 2017) e informe semestral 2017: a periodo VI envió 21 de julio (corte a 17 de junio de 2017). Enviar al correo lineamientosins@ins.gov.co, sfadul@ins.gov.co; mlopez@ins.gov.co

Búsqueda activa institucional: estas BAI son para uso interno en los niveles municipal, departamental o distrital y no se enviarán al INS en archivos XLS; sin embargo se incluirán en el informe anual de cada evento.

La BAI para los eventos de Micobacterias se harán necesarias solo es situaciones especiales dentro de las que se recomienda:

- Población confinada
- Alertas
- Cambios de comportamiento inusual de la vigilancia del evento

Observación: los eventos del grupo de Micobacterias no son eventos considerados de notificación inmediata.

8.1.4.3. Equipo de enfermedades transmitidas por vectores y Zoonosis

El equipo funcional de Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis de cada entidad territorial se guiará de las actividades individuales y colectivas descritas en los protocolos de vigilancia, circulares y demás lineamientos emitidos para la vigilancia en Salud Pública.

El equipo funcional de ETV departamental o distrital debe estar conformado por los actores necesarios para el análisis de información y toma de decisiones que integren las áreas de entomología, epidemiología, laboratorio de salud pública, control de vectores, zoonosis y aseguramiento.

Se realizarán reuniones periódicas según la necesidad y el comportamiento de los eventos, dichas reuniones deben estar soportadas con su respectiva acta.

Los equipos funcionales, evaluarán el cumplimiento de los compromisos de vigilancia de las enfermedades de origen zoonótico establecidos en el Concejo Territorial de Zoonosis.

Frente a la presentación de brotes de cualquiera de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis se realizará la investigación epidemiológica de campo con enviar del informe de 24 horas, 48 horas, 72 horas e informe final al equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis y equipo de gestión de riesgo y respuesta inmediata de la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud. El informe final se entregará dentro de las cuatro semanas posteriores a la presentación del evento.

Frente a la presentación de brotes de cualquiera de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis se debe realizar Búsqueda activa institucional (BAI) y Búsqueda activa comunitaria (BAC) y se enviara el consolidado de los mismos dentro de las siguientes cuatro semanas después de la presentación del evento.

El referente de la vigilancia epidemiológica de cada entidad territorial realizará los informes por periodo epidemiológico de los eventos: dengue, malaria, chikunguña, zika, leishmaniasis cutánea, enfermedad de Chagas en fase aguda, fiebre amarilla, rabia humana y animal, leptospirosis, encefalitis equinas, incluyendo como mínimo: Comportamiento de la notificación, descripción de las características demográficas y sociales, tendencia del evento e indicadores epidemiológicos. Lo anterior con el objeto de detectar tempranamente cambios en los patrones de comportamiento de las ETV Zoonosis. La entrega de esta información es responsabilidad del coordinador de vigilancia en salud

pública de cada entidad territorial (departamento o distrito) y será enviada al INS al correo lineamientosins@ins.gov.co, etvzoonosis@ins.gov.co en las siguientes fechas:

PERIODO EPIDEMIOLOGICO	FECHA DE ENTREGA
I	17/02/2017
II	17/03/2017
III	14/04/2017
IV	19/05/2017
V	09/06/2017
VI	07/07/2017
VII	04/08/2017
VIII	01/09/2017
IX	29/09/2017
X	27/10/2017
XI	24/11/2017
XII	22/12/2017
XIII	20/01/2018

Se realizarán los canales endémicos municipales para los eventos dengue, malaria y leishmaniasis cutánea y leptospirosis, conforme a las metodologías establecidas (medianas o media geométrica). En el caso de no ser posible la elaboración de canales endémicos, se deben realizar el análisis de la tendencia de los eventos.

Se realizará el análisis de correspondencia entre la notificación de los eventos de ETV y los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), para cada uno de los códigos específicos de los eventos: dengue (A90X y A91X), enfermedad de Chagas (B570, B571, B572, B573 y B574), malaria (B520, B528, B529, B54X), fiebre amarilla (A950, A951 y A959), leishmaniasis cutánea (B551), leishmaniasis mucosa (B552), leishmaniasis visceral (B559), chikunguña (A920), zika (U69X y U690), leptospirosis (A270, A278 y A279), rabia (A820, A821, A829), encefalitis (A831, A832, A922 y A923), accidente ofídico (T630, X200 y X209) .Se debe garantizar que todos los registros bajo estos códigos, estén ingresados al sistema de información epidemiológica.

En caso de sospecha de muerte por alguna de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, se realizará la notificación inmediata del casos, recolección y envío de muestras para estudio histopatológico, por virología, microbiología y parasitología, a la dirección redes en Salud Pública. Posteriormente se enviará la historia clínica completa que incluye todas las atenciones del paciente, investigación epidemiológica de campo, unidad de análisis, autopsia verbal y clínica (en caso haberse realizado). Esta documentación se enviará conforme a los lineamientos establecidos por el equipo de Unidad de análisis de casos especiales, al equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis y al grupo de unidad de análisis de casos especiales, dentro de las cuatro semanas epidemiológicas siguientes a la notificación.

Las búsquedas activas institucionales de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, se realizará a través del aplicativo SIANIESP y se diligenciará en el formato establecido por el grupo Sivigila del Instituto Nacional de Salud, en los siguientes casos.

Periodicidad trimestral

1. Fiebre amarilla.
2. Rabia humana.
3. Enfermedad de Chagas en fase aguda.
4. Enfermedad por virus zika en casos de complicaciones neurológicas y gestantes con antecedente de la enfermedad.
5. Leishmaniasis visceral.

Inmediata

1. Fiebre amarilla, dengue, chikunguña, malaria y leishmaniasis cutánea en situación de brotes.
2. Casos confirmados de rabia.
3. Nuevos focos de cualquiera de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.

Enfermedad de Chagas

- Los casos de enfermedad de Chagas confirmados en fase aguda deben reportarse de manera inmediata al Instituto Nacional de Salud. Bajo el código 205.
- Los casos probables y confirmados de enfermedad de Chagas en cualquiera de sus fases, deben reportarse semanalmente de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, ficha de notificación nacional (datos básicos y complementarios), código 205.
- Los ajustes de los casos notificados se realizarán una vez se haga la confirmación o descarte de los casos, conforme a los reportes de laboratorio y unidad de análisis con la clasificación final de los casos.
- Para la realización de los ajustes a la clasificación inicial de los casos notificados como Chagas agudo deberán tener soportes; en el caso de ajuste D (error de digitación) levantar acta donde se explique la situación detectada y en el caso de ajuste 6 (descartado) debe soportarse con unidad de análisis del caso donde se reporte la clasificación final del caso, un reporte de laboratorio con resultado negativo para el evento no descarta el caso, se debe correlacionar con los hallazgos clínicos y epidemiológicos, para realizar la clasificación final.
- Las entidades territoriales y distritales realizarán análisis y seguimiento a la notificación realizada, para verificar la correcta clasificación de los casos, conforme a los signos y síntomas registrados en la ficha de notificación de datos complementarios y tipo de caso de acuerdo a las pruebas realizadas y los resultados de estas.
- Todo caso de Chagas agudo notificado y los casos de Chagas crónico confirmados en menores de 5 años, se enviará historia clínica completa, resultados de laboratorio, tratamiento prescrito al paciente e informe de la investigación epidemiológica de campo, al equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis del INS.

- Las entidades territoriales realizarán búsqueda activa institucional de enfermedad de Chagas aguda con una periodicidad trimestral, utilizando los códigos CIE 10 que pueden cumplir con definición de caso para el evento, para identificar casos que no han sido notificados al Sivigila (tabla 3). Se revisarán las historias clínicas relacionadas y se documentarán los datos en el formato establecido por la dirección de vigilancia y análisis de riesgo en Salud Pública. En caso de cumplir con la definición operativa de caso, se concertará con el programa de ETV para realizar la visita por personal capacitado, para verificar el estado actual del paciente, diligenciar la ficha epidemiológica, recolectar las muestras de laboratorio (si cumple con los criterios para el diagnóstico). Posteriormente se realizará el análisis para la clasificación final del evento.

Tabla No 4.
Diagnósticos que pueden cumplir con definición operativa de caso para enfermedad de Chagas en fase aguda, Colombia, 2017.

CÓDIGOS CIE 10	DIAGNÓSTICO RELACIONADO
A689	Fiebre recurrente, no especificada
A90X	Fiebre del dengue (Dengue clásico)
A91X	Fiebre del dengue (Dengue Hemorrágico)
B570	Enfermedad de Chagas aguda que afecta al corazón
B571	Enfermedad de Chagas aguda que no afecta al corazón
I400	Miocarditis infecciosa
I409	Miocarditis aguda no especificada
R509	Fiebre no especificada

Fuente: CIE 10, adecuación ETV- INS, 2015

- En todo caso notificado de sospecha de muerte por enfermedad de Chagas en fase aguda, se notificará de manera inmediata y se enviarán muestras de suero y tejido (corazón, intestino, hígado, cerebro), junto con historia clínica completa, investigación epidemiológica de campo, unidad de análisis y demás documentación disponible.
- Las entidades territoriales y distritales garantizarán la realización de unidades de análisis de los casos fallecidos con sospecha por enfermedad de Chagas en fase aguda y fase crónica (cardiopatías chagásicas), con el objeto de evaluar causas que llevaron a la muerte, análisis por demoras, generación del plan de mejoramiento. Para este fin se contará con un equipo interdisciplinario el cual debe contar con toda la documentación requerida para tal fin (historia clínica completa que incluya todas las atenciones del caso durante el evento, resultados de laboratorio y otros estudios, copia de certificado de defunción, copia de la investigación epidemiológica de campo o entrevista, autopsia clínica o médico legal).
- En todos los casos de Chagas agudo notificados con condición final vivos, se debe realizar unidad de análisis con el fin de establecer la clasificación final del caso y posterior ajuste al sistema de información en vigilancia epidemiológica.
- Para la realización de la unidad de análisis es necesario: La participación de los diferentes actores implicados, revisión y análisis de la documentación disponible, análisis de determinantes de las demoras y de los hallazgos, discusión, conclusiones, clasificación final del caso ya sea confirmado o descartado (debe incluir diagnóstico final), análisis del certificado de defunción y proceso de enmienda estadística en los casos que se deba hacer correcciones y plan de mejoramiento.
- Las unidades de análisis se enviarán al equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis del INS, conforme a los requerimientos establecidos por la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública

- Las entidades territoriales y distritales deben garantizar la realización de la investigación epidemiológica de campo en todos los casos notificados de Chagas agudo (probables o confirmados) y en los casos crónicos en los niños menores de 5 años y gestantes) comprenderá la siguiente información y acciones: búsqueda activa de otros casos que cumplan con la definición operativa, caracterización en tiempo, lugar y persona de los casos encontrados, resumen de las medidas de control realizadas, situación encontrada (exposición a factores de riesgo, forma de transmisión y presencia del vector) y pruebas diagnósticas realizadas.
- Se garantizará la confirmación del 100% de casos de Chagas en fase aguda a través de las pruebas diagnósticas y análisis epidemiológico de casos referida en el protocolo de vigilancia.

Fiebre amarilla

- Los casos probables de fiebre amarilla se notifican de forma inmediata individual al Instituto Nacional de Salud bajo el código 310.
- Se realizará la investigación epidemiológica de campo de todo caso probable de fiebre Amarilla, durante las primeras 48 horas posteriores a la notificación y se enviará en conjunto con historia clínica completa al equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis y al equipo de gestión de riesgo y respuesta inmediata de la Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública del INS.
- En todos los casos probables de fiebre amarilla, se garantizará la recolección y envío de muestras de suero a los laboratorios departamentales de Salud Pública, para su remisión y cuantificación de anticuerpos.
- Los ajustes de caso de fiebre amarilla se reportarán semanalmente de conformidad a la estructura y contenido mínimos, establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, conforme a los reportes de laboratorio, resultados de la Unidad de análisis y clasificación final del caso.
- Las entidades territoriales y distritales realizarán análisis y seguimiento a la notificación realizada, para verificar si los casos cumplen con la definición operativa de casos conforme lo establecido en el protocolo de vigilancia en salud pública.
- Para la realización de los ajustes a la clasificación inicial de los casos deberán tener soportes; en el caso de ajuste D (error de digitación) levantar acta donde se explique la situación detectada, y en el caso de ajuste 6 (descartado) debe soportarse con unidad de análisis del caso donde se reporte la clasificación final del caso, un reporte de laboratorio con resultado negativo para el evento no descarta el caso, se debe correlacionar con los hallazgos clínicos y epidemiológicos, para realizar la clasificación final.
- En caso de mortalidad probable por fiebre amarilla se debe hacer la recolección de muestras de suero y tejido (hígado, bazo, pulmón, cerebro, miocardio, médula ósea y riñón) al laboratorio nacional de referencia de la Dirección Redes en Salud Pública del INS, para análisis histopatológico y virológico.
- Las entidades territoriales y distritales garantizarán la realización de unidades de análisis de todos los casos de mortalidad probables por fiebre amarilla notificados con el objeto de evaluar causas que llevaron a la muerte, calidad en la atención, clasificación final del caso, para lo cual se requiere de un equipo interdisciplinario, que comprende el equipo funcional de ETV, al igual que las instituciones que intervinieron en la atención

del caso. Las unidades de análisis se enviarán al equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis del INS.

- Para la realización de la unidad de análisis es necesario: La participación de los diferentes actores implicados, revisión y análisis de la documentación disponible, análisis de determinantes de las demoras y de los hallazgos, discusión, conclusiones, clasificación final del caso ya sea confirmado o descartado (debe incluir diagnóstico final), análisis del certificado de defunción y proceso de enmienda estadística en los casos que se deba hacer correcciones y plan de mejoramiento.
- Se realizará búsqueda activa institucional mensual de casos, mediante los códigos CIE 10 relacionados para la identificación de nuevos casos que no han sido notificados al Sivegila (tabla 5). Los casos relacionados captados se les revisará la historia clínica y se documentan los datos: Diagnóstico, fecha de diagnóstico, apellidos y nombres del paciente, número de historia clínica, si fue notificado al Sivegila, dirección y teléfono. Si es compatible con la definición de caso probable será visitado por personal capacitado, para verificar el estado actual del paciente, diligenciar la ficha epidemiológica y recolectar las muestras de laboratorio, si es posible para su diagnóstico y realizar análisis para la clasificación final del evento.

Tabla 5.
Diagnósticos que pueden cumplir con definición operativa de caso para fiebre amarilla, Colombia, 2017.

CÓDIGOS CIE 10	DIAGNÓSTICO RELACIONADO
A930	Enfermedad por virus de oropouche
A931	Fiebre transmitida por flebótomos
A932	Fiebre de colorado transmitida por garrapatas
A938	Otras fiebres virales especificadas transmitidas por artrópodos
A94X	Fiebre viral transmitida por artrópodos, no especificada
A950	Fiebre amarilla selvática
A951	Fiebre amarilla urbana
A959	Fiebre amarilla no especificada

Fuente: CIE 10, adecuación ETV- INS, 2016

Se realizará la revisión de casos ingresados mediante la vigilancia centinela del síndrome febril, para análisis y posterior clasificación.

La investigación epidemiológica de campo comprende la siguiente información y acciones: búsqueda activa de otros casos que cumplan con la definición operativa, caracterización en tiempo, lugar y persona de los casos encontrados, resumen de las medidas de promoción, prevención y control realizadas, estudio de vectores en la zona, investigar presencia de epizootias, situación encontrada (transmisión y presencia del vector) y toma de muestras adecuadas para confirmación de diagnósticos.

Malaria

- Se realizará notificación individual de todos los casos confirmados de malaria no complicada y los casos probables y confirmados de malaria complicada, bajo el código 465, conforme a los procedimientos y flujos de información establecidos por el nivel central.
- Se realizará el análisis de la totalidad de casos de malaria complicada en coordinación con la entidad territorial y las UPGD que notifican los casos, con el objeto de realizar una clasificación conforme a los criterios clínicos establecidos. Se enviará el

consolidado por parte de la entidad territorial y se realizará el ajuste en caso de ser necesario.

- Se realizará análisis de la totalidad de casos de malaria por *P. malariae*, *P. ovale* y *P. knowlesi*, por las UPGD que notifican los casos, con el objeto de realizar una clasificación correcta y se realizará el respectivo ajuste en caso de ser necesario.
- Cuando las UPGD notifiquen casos de especies parasitarias de *P. malariae*, *P. ovale* y *P. knowlesi*, envíen la lámina de Gota Gruesa para verificación de resultados de lectura por el grupo de parasitología de La Dirección de Redes del INS.
- Cuando la UPGD notifique infección por *Plasmodium ssp* con un recuento ≥ 50.000 parásitos/ μL , envíen la lámina de Gota Gruesa para verificación de resultados de lectura por el grupo de parasitología de La Dirección de Redes del INS.
- En caso de muerte por malaria se enviará la lámina de Gota Gruesa para verificación de resultados de lectura por el laboratorio de parasitología del INS y las muestras de viscerotomía al laboratorio de patología de La Dirección de Redes del INS.
- Se realizará la Unidad de análisis de muertes con sospecha de malaria complicada por parte del equipo funcional y se enviará el acta de la reunión y soportes (historia clínica completa, investigación epidemiológica de campo, necropsia clínica y verbal, en caso de haberse realizado y demás documentación necesaria).

Tabla 6.

Diagnósticos que pueden cumplir con definición operativa de caso para Malaria, Colombia, 2017

Código CIE 10	DIAGNÓSTICO RELACIONADO
B500	Paludismo debido a <i>Plasmodium falciparum</i> con complicaciones cerebrales
B508	Otro paludismo grave y complicado debido a <i>Plasmodium falciparum</i>
B509	Paludismo debido a <i>Plasmodium falciparum</i> , sin otra especificación
B510	Paludismo debido a <i>Plasmodium vivax</i> con ruptura esplénica
B518	Paludismo debido a <i>Plasmodium vivax</i> con otras complicaciones
B519	Paludismo debido a <i>Plasmodium vivax</i> , sin complicaciones
B520	Paludismo debido a <i>Plasmodium malariae</i> con nefropatía
B528	Paludismo debido a <i>Plasmodium malariae</i> con otras complicaciones
B529	Paludismo debido a <i>Plasmodium malariae</i> , sin complicaciones
B530	Paludismo debido a <i>Plasmodium ovale</i>
B531	Paludismo debido a plasmodios de los simios
B538	Otro paludismo confirmado parasitológicamente, no clasificado en otra parte
B54X	Paludismo (malaria) no especificado
R500	Fiebre con escalofrío
R501	Fiebre persistente
R509	Fiebre, no especificada

Dengue

- Los casos de dengue sin signos de alarma y dengue con signos de alarma, ingresaran al sistema de información, Sivigila, desde probables, conforme a los procedimientos y flujos de información establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, bajo el código 210.
- La notificación de casos de dengue grave se realizará de forma inmediata individual bajo el código 220.
- La notificación de casos de muertes probables por dengue se realizara de forma inmediata individual bajo el código 580 y se revisará que hay sido notificado para el evento dengue grave como probable (código 580).

- Se realizará el ajuste de casos de dengue, dengue grave y muerte por dengue, una vez realizada la confirmación o descarte de los casos, conforme a los reportes de laboratorio y análisis de clasificación de los casos.
- Se realizara la confirmación del 100% de casos de dengue grave y dengue con signos de alarma, través de las pruebas diagnósticas referidas para cada fase de la enfermedad: pruebas moleculares RT-PCR (hasta el quinto día de inicio de los síntomas) y prueba de ELISA IgM en fase de convalecencia (más de seis días de inicio de síntomas).
- Se realizará el análisis a la notificación realizada, para verificar la correcta clasificación de los casos, conforme a los signos y síntomas registrados en la ficha de notificación individual.
- Se realizará la descripción del indicador de hospitalización de casos por entidad notificadora, municipio notificador, UPGD y EAPB, con el objeto de realimentar a las dependencias competentes para su revisión y ajustes.
- Se realizara la recolección y envío de muestras de tejido (hígado, riñón, pulmón, corazón, cerebro y bazo), para análisis por histopatología y virología, al laboratorio nacional de referencia de virología y patología de la Dirección Redes en Salud Publica del INS.
- Se enviarán los siguientes soportes para análisis de muertes desde el nivel nacional: historia clínica completa (incluyendo todas las atenciones del caso durante el evento), investigación epidemiológica de campo.
- Se realizará la investigación epidemiológica de campo en todos los casos de dengue grave y muerte por dengue.
- Se realizara y enviaran las unidades de análisis de muerte por dengue al equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis del INS.

Chikunguña

- Los casos sospechosos de chikunguña se reportaran individualmente bajo el código 217 con periodicidad semanal de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- En los municipios donde no hay casos autóctonos confirmados de chikunguña, se notificara en ficha individual con el código Sivigila 217 y se enviara muestras al laboratorio de virología para su confirmación; una vez se confirme por laboratorio la circulación autóctona del virus de chikunguña, los casos posteriores se notificaran en ficha individual como caso confirmados por clínica y solo se enviara muestras para recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, 65 años y más y personas con comorbilidades.
- Los casos sospechosos de chikunguña en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, 65 años y más y personas con comorbilidades, deben ser notificados de manera individual bajo el código 217.
- Se realizará investigación epidemiológica de campo ante la aparición de casos en un área con ausencia de casos, para establecer las condiciones que han permitido la transmisión de la enfermedad.

- Toda muerte sospechosa por chikunguña se notificara de manera inmediata bajo el código 217 y se garantizara la recolección y envío de muestras de suero y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado y cerebro) para análisis en laboratorios de virología y de patología.
- Toda muerte sospechosa de ser causada por chikunguña, tendrá investigación epidemiológica de campo y unidad de análisis.
- El proceso de búsqueda activa comunitaria comprende cuatro pasos: Selección del área geográfica de búsqueda, realizar la aplicación de encuesta casa a casa, identificación de casos confirmados por clínica, realizar la notificación colectiva de casos. Si durante la BAC, se encuentran nuevos casos, el área de búsqueda se ampliará a siguientes manzanas que contengan el cerco epidemiológico definido, hasta donde no se encuentren más casos.
- Para realizar la búsqueda activa institucional a través de SIANIESP, mediante los códigos registrados en el CIE-10 de los diagnósticos que pueden cumplir con la definición operativa de caso (tabla 7).

Tabla 7.

Diagnósticos que pueden cumplir con definición operativa de caso para chikunguña, Colombia, 2017

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A010	Fiebre tifoidea
A014	Fiebre paratifoidea, no especificada
A270	Leptospirosis icterohemorrágica
A278	Otras formas de leptospirosis
A279	Leptospirosis, no especificada
A770	Fiebre maculosa debido a rickettsia rickettsii
A771	Fiebre maculosa debido a rickettsia conorii
A772	Fiebre maculosa debido a rickettsia siberica
A773	Fiebre maculosa debido a rickettsia australis
A778	Otras fiebres maculosas
A779	Fiebre maculosa, no especificada
A880	Fiebre exantemática enteroviral [exantema de Boston]
A90X	Fiebre del dengue [dengue clásico]
A91X	Fiebre del dengue hemorrágico
A920	Enfermedad por virus Chikungunya
A928	Otras fiebres virales especificadas transmitidas por mosquitos
A929	Fiebre viral transmitida por mosquito, sin otra especificación
B050	Sarampión complicado con encefalitis (g05.1*)
B051	Sarampión complicado con meningitis (g02.0*)
B052	Sarampión complicado con neumonía (j17.1*)
B053	Sarampión complicado con otitis media (h67.1*)
B058	Sarampión con otras complicaciones
B059	Sarampión sin complicaciones
B060	Rubeola con complicaciones neurológicas
B068	Rubeola con otras complicaciones
B069	Rubeola sin complicaciones
B080	Otras infecciones debidas a ortopoxvirus
B082	Exantema súbito [sexta enfermedad]
B083	Eritema infeccioso [quinta enfermedad]
B088	Otras infecciones virales especificadas, caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas
B09X	Infección viral no especificada, caracterizada por lesiones de la piel y de las membranas mucosas
M014	Artritis en rubeola (b06.8?)
M015	Artritis en otras enfermedades virales clasificadas en otra parte
M060	Artritis reumatoide seronegativa
M061	Enfermedad de still de comienzo en el adulto
M062	Bursitis reumatoide
M063	Nódulo reumatoide
M064	Poliartropatia inflamatoria
M068	Otras artritis reumatoides especificadas

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
M069	Artritis reumatoide, no especificada
M080	Artritis reumatoide juvenil
M082	Artritis juvenil de comienzo generalizado
M083	Poliartritis juvenil (seronegativa)
M088	Otras artritis juveniles
M089	Artritis juvenil, no especificada
M130	Poliartritis, no especificada
M131	Monoartritis, no clasificada en otra parte
M138	Otras artritis especificadas
M139	Artritis, no especificada
M255	Dolor en articulación
M300	Poliarteritis nudosa
M302	Poliarteritis juvenil
M303	Síndrome mucocutáneo linfo nodular [kawasaki]
M308	Otras afecciones relacionadas con la poliarteritis nudosa
R500	Fiebre con escalofrío
R501	Fiebre persistente
R509	Fiebre, no especificada
R51X	Cefalea
Z220	Portador de fiebre tifoidea

Fuente: CIE 10, adecuación ETV- INS, 2016

Enfermedad por Virus Zika (ZIKV)

- Para la notificación de casos de Zika en versiones de Sivigila posteriores a la 2016.1 inclusive, el código 725 queda inactivo para la notificación de casos de síndromes neurológicos secundarios a la infección por Zika. El código 549 (morbilidad materna extrema) ya no será utilizado para la notificación de gestantes con diagnóstico de Zika.
- La notificación se realiza de forma individual (población general y grupos de riesgo) de todos los casos sospechosos y confirmados de la infección por el virus ZIKV, través de la ficha de datos básicos con el código 895 con periodicidad semanal para la morbilidad y con periodicidad inmediata para los casos diagnosticados en gestantes y los casos de síndromes neurológicos, de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- Los casos que cuenten con PCR-RT positiva para ZIKV deben ingresar al Sivigila como “confirmados por laboratorio”. Los casos que procedan de municipios con circulación viral confirmada se notificarán al sistema como “confirmados por clínica”. Por último, los casos que procedan de municipios sin transmisión viral confirmada ingresarán al sistema como “sospechosos” y una vez se confirme la circulación del virus en dicho territorio o se cuente con un resultado individual positivo para ZIKV, se deben ajustar en el aplicativo de forma inmediata como confirmado por clínica o por laboratorio.
- Los casos de síndrome neurológico o complicaciones neurológicas (con énfasis en la vigilancia de los Síndromes de Guillain Barre) en quienes se sospeche como causa etiológica la infección por virus Zika, deben cumplir con las definiciones de caso para este evento, las cuales se encuentran disponibles en la *Circular Externa del INS No. 064 de 2015*, *Circular Externa del INS No. 004 de 2016* y en el *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la enfermedad por virus Zika*. Una vez se considere que cumplen con los criterios para clasificarlos en este tipo de complicaciones, deben ser notificados en la ficha 895 datos complementarios y en la ficha 342 (vigilancia de las enfermedades huérfanas).

- Todo caso de enfermedad por virus Zika en quien se sospeche que la transmisión se produjo por mecanismo sexual, debe ser informado inicialmente a la UNM y desde ahí continuar con el flujo de información del sistema de vigilancia (Sivigila). Esta situación debe ser comunicada al referente nacional por medio de su correo institucional personal o grupal, con el fin de brindar la orientación adecuada para el proceso de estudio y posterior notificación del caso si aplica.
- Respecto a la notificación de los casos de recién nacidos, neonatos o lactantes donde se considere que existió transmisión vertical del virus Zika (hijos de madres con diagnóstico clínico o por laboratorio del virus), la notificación se debe realizar como:
 - Caso sospechoso
 - Caso probable
 - Caso confirmado
- Para notificar estos pacientes según la clasificación de caso se debe consultar las definiciones contenidas en el *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la enfermedad por virus Zika*.
- Los casos de microcefalia u otros defectos congénitos del sistema nervioso central que sean productos del embarazo de mujeres con diagnóstico de Zika durante su gestación (o productos quienes durante el estudio de su defectos congénito se confirme el antecedente de infección durante la gestación de una mujer que cursó asintomática), deben ir notificados exclusivamente por la ficha 215 (anomalías congénitas). En los casos que se confirme que la causa del defecto congénito fue la infección por virus Zika, se debe considerar la notificación por la ficha 895 solamente con los datos básicos, en referencia a una transmisión vertical.
- Se deben enviar muestras para diagnóstico de Zika a los laboratorios de referencia, en todos los casos que hagan parte de algunas de las siguientes categorías de riesgo: 1. Productos del embarazo (vivo o muerto) de mujeres con diagnóstico de Zika que presenten algún tipo de defecto congénito derivado del sistema nervioso central; 2. Muertes perinatales de embarazos de mujeres que hayan sido diagnosticadas con Zika durante su proceso de embarazo; 3. Mujeres en estado embarazo con diagnóstico de Zika durante su proceso de gestación y; 4. Casos de síndromes neurológicos (síndrome de Guillain Barré y otro tipo de complicaciones neurológicas) en personas que hayan tenido el antecedente reciente de infección por Zika y no existan otras condiciones que expliquen la presentación de la complicación.
- Para la confirmación de la circulación autóctona del virus Zika en municipios con riesgo para la transmisión de la enfermedad, se deben enviar el número de muestras establecido por el Laboratorio Nacional de Referencia del INS (consultar información con el Laboratorio Departamental/Distrital de Salud Pública de su entidad territorial). Una vez se declare la confirmación de la circulación viral, no se deben enviar más muestras para diagnóstico a los laboratorios de referencia y todos los casos nuevos deben ser notificados como “confirmados por clínica”).
- Cuando se notifiquen casos en mujeres gestantes, es fundamental que se diligencie en la ficha de datos básicos la variable 2.20 “grupo poblacional: gestante”. Lo anterior para garantizar la identificación de las pacientes, la verificación de la información y su posterior seguimiento por parte del INS en conjunto con las EAPB y las entidades territoriales.

- Todo caso de muerte posiblemente asociada a ZIKV debe notificarse de forma individual e inmediata con el código 895. Debe contar con investigación epidemiológica de campo y unidad de análisis a nivel territorial. La entidad territorial debe aportar todos los instrumentos e insumos solicitados por el INS dentro de las cuatro semanas epidemiológicas siguientes a la notificación (historia clínica completa de los distintos niveles de atención en los que haya sido abordado el paciente, muestras de suero, muestras de tejidos, acta de unidad de análisis, copia de certificado de defunción e investigación epidemiológica de campo), para el desarrollo de la unidad de análisis que define la clasificación final de caso.
- Para la búsqueda activa institucional basada en los Registros Individuales de Prestación de Servicios –RIPS- se debe emplear el código CIE-10 A929 en conjunto con el listado para arbovirosis (disponible en el módulo Sianiesp), en tanto se pueda disponer de los códigos asignados al evento en el listado universal de códigos de enfermedades (U06X y U069).

Las leishmaniasis

Leishmaniasis cutánea y leishmaniasis mucosa

- Se realizará la notificación individual de los casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, con periodicidad semanal, a partir de la confirmación parasitológica, conforme a los procesos establecido por el nivel central, bajo los códigos 420 para leishmaniasis cutánea y 430 para leishmaniasis mucosa.
- Se realizará el ajuste de casos (si es necesario), con las siguientes opciones validas: ajuste de D (error de digitación) y “7” (otros ajustes). No se permite el ingreso de ajustes “6”, teniendo en cuenta que el caso ingresa solo desde la confirmación por laboratorio.
- Se realizará el análisis de inconsistencias en los registros de notificación con realimentación al nivel local para su respectiva corrección.
- Se realizará la revisión de todos los casos que refieren procedencia de áreas no endémicas para la enfermedad y se realizara el ajuste o acciones de intervención conforme a los hallazgos obtenidos.
- Se realizarán y enviarán los estudios de foco para leishmaniasis cutánea en toda situación de brote y aparición de nuevos focos de transmisión por parte de los equipos funcionales de cada entidad territorial.
- Se realizará la investigación de caso en todos los eventos que refieran transmisión peri urbana y urbana, con el objeto de realizar la estratificación de riesgo en dichas áreas.
- Cuando se refiera en la ficha de notificación la condición final “muerto” y teniendo en cuenta que este evento no genera mortalidad, se deberá informar a las dependencias competentes (programa ETV, prestación de servicios), con el objeto de analizar que el desencadenante no esté relacionado con una conducta clínica inadecuada en el manejo del caso.



Leishmaniasis visceral

- Se realizara la notificación inmediata individual de todos los casos probables de leishmaniasis visceral bajo el código 440, conforme a los procedimientos y flujos de información establecidos por el nivel central.
- Se enviaran los informes de los estudios de foco para todos los casos confirmados de leishmaniasis visceral e identificación de nuevos focos de transmisión. Se enviaran al equipo funcional del INS, junto con la historia clínica completa del caso.
- Se realizara el ajuste de caso como confirmado o descartado por laboratorio, conforme a los reportes de laboratorio y análisis de casos. Se cuenta con un plazo máximo de cuatro semanas epidemiológicas.
- Se realizara la estratificación de riesgo en áreas con transmisión urbana de leishmaniasis visceral, conforme a la metodología establecida por el equipo funcional del INS en las áreas seleccionadas de las siguientes entidades territoriales: Córdoba, Bolívar, Sucre, Tolima, Huila, Cundinamarca, Santander, Norte de Santander y distrito de Cartagena.
- En todos los casos probables de leishmaniasis visceral se debe garantizar la recolección y envío de muestras de suero al laboratorio de parasitología de la Dirección Redes en Salud Pública del INS, para confirmación diagnóstica mediante cuantificación de anticuerpos (IFI).
- Se realizara el envío de todas las láminas de aspirado de bazo y médula ósea realizados a todos los pacientes con diagnóstico probable de leishmaniasis visceral, al laboratorio de patología de la Dirección Redes en Salud Pública del INS.
- Ante toda sospecha de muerte por leishmaniasis visceral, se realizara notificación inmediata individual, y se garantizara la recolección de muestras de tejido y suero disponible para análisis histopatológico y parasitológico. Se enviara historia clínica completa, investigación de caso y estudio de foco, en un periodo que no supere las cuatro semanas epidemiológicas posteriores a la presentación del evento.
- Se realizará la unidad de análisis para los casos con sospecha de muerte por leishmaniasis visceral, por lo que se debe contar con toda la documentación requerida: historia clínica completa, reportes de laboratorio, estudio de foco, investigación de caso, autopsia clínica y verbal (si es necesario). En la unidad de análisis participara el equipo funcional de la entidad territorial (epidemiología, parasitología, entomología, aseguramiento, prestación de servicios, programa ETV), personal médico a cargo del caso y empresa aseguradora de planes de beneficio (EAPB), dentro de las cuatro semanas epidemiológicas siguientes a la notificación.
- En todo caso probable de leishmaniasis visceral en pacientes mayores a 15 años, se deberá indagar sobre condiciones patológicas preexistentes, especialmente enfermedades autoinmunes y VIH.

Vigilancia Rabia animal

- Para realizar la vigilancia de la rabia animal, las Entidades Territoriales de Salud utilizarán la ficha epidemiológica de notificación Código INS: 650 para rabia animal y el envío de las muestras de cerebro de perros y gatos con signos compatibles de rabia, para el procesamiento de las mismas por técnicas disponibles de laboratorio. Los casos ingresarán al sistema con la clasificación inicial de probables y una vez se cuente con

el resultado del laboratorio, si éste es positivo se ajustará a confirmado por laboratorio (ajuste 3), pero si es negativo se ajustará a descartado (ajuste 6).

- Para realizar la vigilancia de la rabia por laboratorio se utilizará la ficha epidemiológica de notificación Código INS: 652 para la notificación y envío de muestras de cerebros de animales potencialmente transmisores de rabia que aparezcan muertos en vía pública o que mueran sin causa clara en consultorios, clínicas veterinarias, cosos y centros de zoonosis, entre otros, para el procesamiento de las mismas por técnicas disponibles de laboratorio. Una se cuente con el resultado de laboratorio, si éste es positivo se ajustará a confirmado por laboratorio (ajuste 3), pero si es negativo se ajustará a descartado (ajuste 6).
- Cuando se reciba el reporte de un foco de rabia en animales de producción (bovinos, equinos, porcinos, caprinos, ovinos, etc.), la dirección local de salud realizara dentro de las siguientes 48 horas a la notificación del caso, la investigación de campo para identificar personas o animales (perros y gatos) expuestos al virus de la rabia, para realizar las acciones descritas en el protocolo de vigilancia. El informe de la investigación de campo se enviará al INS a las 24 y 72 horas después de notificado el foco, como lo establece el protocolo.

Notificación

Las notificaciones de los eventos 650 y 652 se realizarán por las unidades notificadoras municipales, distritales o departamentales. Los municipios donde la ESE realice actividades de prevención, vigilancia y control de la rabia realizarán la notificación al Sivigila.

Vigilancia integrada de la rabia humana

- La notificación de las agresiones, contactos y exposiciones se realizan en la Ficha 307, diligenciando la primera parte que incluye los componentes: relación con datos básicos; datos de la agresión o contacto, de la especie agresora y de la clasificación de la exposición; antecedentes de inmunización del paciente y datos del tratamiento ordenados en la actualidad, para lo cual se activa en la parte 5.2 el círculo 1. Agresión o contacto del componente Clasificación de la agresión y para la notificación de los casos probables o confirmados de rabia humana se diligencia la totalidad de la ficha, incluyendo los componentes: Datos clínicos y Datos de laboratorio, para lo cual se activará el círculo 2. Rabia humana. Todo caso probable y confirmado de rabia humana se notificará de inmediato al SIVIGILA y al referente nacional de vigilancia integrada de la rabia humana del INS.
- Toda agresión, contacto y exposición por un animal potencialmente trasmisor de rabia se reportará al SIVIGILA en la clasificación inicial (TIP_CAS) utilizando únicamente el valor 4 (confirmado por clínica) y en la clasificación final (AJUSTE) aplicar únicamente el valor 7 (otros ajustes) y ocasionalmente cuando se requiera el ajuste D; por tanto no se utilizarán los demás ajustes. Para los casos de rabia humana si aplican las demás clasificaciones establecidas tanto en TIP_CAS como en AJUSTE.
- Para realizar el ajuste y cierre de los casos se obtiene la información del tratamiento antirrábico específico aplicado al paciente a través del PAI y el resultado de la observación de los perros y gatos agresores del equipo de zoonosis municipal o departamental.

- Las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia se notifican de forma inmediata al SIVIGILA, desde la IPS que atiende el caso, así como a los responsables de la vigilancia y de zoonosis del área de influencia, con el objeto de verificar la información y realizar seguimiento a los perros y gatos agresores, retroalimentar, durante y al final del seguimiento, el estado del animal y su condición final por parte del médico veterinario o técnico de saneamiento a la IPS y al médico tratante para la clasificación final de la agresión, el manejo adecuado al paciente y el cierre del caso.
- Ante un caso probable o confirmado de rabia humana los entes territoriales realizan las siguientes actividades:

Notificación e investigación de campo

- ✓ Notificar de inmediato al Sivigila y al Referente de rabia del INS todo caso probable y confirmado de rabia humana.
- ✓ Convocar de inmediato al Consejo Territorial de Zoonosis (CTZ) para coordinar y organizar la investigación de campo y el trabajo intersectorial para el control del foco y perifoco y la identificación de personas, perros y gatos y otros animales con sintomatología neurológica en la zona.
- ✓ Investigar todo caso probable o confirmado de rabia humana a nivel institucional, familiar y comunitario.
- ✓ Realizar la investigación de campo y el control de foco y perifoco.
- ✓ Enviar los informes a las 24 y 72 horas de notificado el caso, de la búsqueda activa institucional realizada a través de SIANIESP, utilizando los códigos registrados en la CIE-10 establecidos para realizar esta actividad (tabla 7), los informes de control de foco a los 15, 30 y 60 días de notificado el caso y el mapa de riesgo de la zona con la ubicación del foco y de otros datos de interés en salud pública como la presencia en la zona de mascotas (perros y gatos), animales de producción, animales silvestres, cavernas de murciélagos, viviendas, escuelas o colegios, entre otros, al Referente de la vigilancia integrada de rabia humana y animal del INS.
- Investigación del caso de rabia humana, a nivel institucional, familiar y comunitario.
- Convocatoria inmediata del Consejo Territorial de Zoonosis para coordinar y organizar la investigación y el trabajo de campo para el control del foco y perifoco, con el objeto de identificar personas con sintomatología compatible con rabia y perros o gatos con signos neurológico en la zona.
- Búsqueda activa institucional a través de SIANIESP, mediante los códigos registrados en la CIE-10 de los diagnósticos que faciliten la definición de caso para rabia humana (tabla 7):



Tabla 7.
Códigos Cie 10 de diagnósticos que pueden cumplir definición de caso de rabia humana¹, para realizar la búsqueda activa institucional

Código CIE-10	Nombre diagnóstico CIE-10
A05.1	Botulismo
A06.6	Absceso amebiano cerebral
A80.0	Poliomielitis aguda parálitica, asociada a vacuna
A80.1	Poliomielitis aguda parálitica debido a virus salvaje importado
A83.2	Encefalitis equina del este
A83.8	Otras encefalitis virales transmitidas por mosquito
A84.8	Encefalitis viral transmitida por garrapata
A85.8	Otras encefalitis virales especificadas
A35	Otros tétanos
A86	Encefalitis viral no especificada
B02.0	encefalitis por herpes zoster
B58.2	Meningoencefalitis debida a toxoplasma
F10.4	Trastorno mental y del comportamiento debido al uso del alcohol: estado de abstinencia con delirio
F19.0	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de multiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas
F29	Psicosis no orgánica sin especificar
G00.8	Otras meningitis bacterianas
G04.2	Meningoencefalitis y meningomielitis no clasificada en otras partes
G04.8	otras encefalitis, mielitis y meningoencefalitis
G05.1	Encefalitis, mielitis, y encefalomielitis en enfermedades virales clasificadas en otras partes
G37.3	Mielitis transversa aguada en enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central
G40.0	Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos relacionados con localizaciones focales parciales y con ataques de inicio localizado
G61.0	Síndrome de guillan barré
Z82.0	Historia familiar de epilepsia y otras enfermedades del sistema nervioso central
T56.0	Intoxicaciones por metales pesados
T60.0	Intoxicación por organofosforado

Fuente: CIE 10, adecuación zoonosis – INS, 2016

- Búsqueda activa comunitaria (BAC).
- Investigación de campo, control de foco y del perifoco, en un radio de 20 a 40 kilómetros a la redonda, según resultados de la investigación de foco.
- Informes de la investigación de campo a las 24 y 72 de notificado el caso e informe final.
- Informes de las acciones de control de los focos y perifocos, realizadas a los 15, 30 y 60 días posteriores a la notificación del caso con el fin de verificar las acciones realizadas y dar cierre a los focos.
- Verificación de antecedentes de rabia silvestre en el área y de circulación del virus rábico en quirópteros, según información suministrada por el ICA, la CAR y Salud.

Unidad de Análisis en la cual se revisarán, discutirán y tomarán decisiones basados en los hallazgos de:

- ✓ La historia clínica del paciente.
- ✓ La ficha de notificación epidemiológica del caso probable o confirmado de rabia humana (Código 307: Vigilancia integrada de la rabia humana) debidamente diligenciada.
- ✓ La relación de muestras enviadas al laboratorio.
- ✓ Los resultados recibidos y las pruebas de laboratorio y pendientes.
- ✓ El estado del animal agresor, los resultados de la observación del animal y de las muestras de laboratorio enviadas, en caso que se cuenten con ellos.
- ✓ Las coberturas de vacunación antirrábica de perros y de gatos de la localidad y del Departamento

- ✓ El informe de la búsqueda activa institucional (BAI) realizada a las 24 y 72 horas de la notificación del caso.
- ✓ El informe de la investigación de campo y de las acciones de control de foco y perifoco realizadas a los 15, 30 y 60 días de la confirmación del caso.
- ✓ Informe de la búsqueda activa comunitaria (BAC).
- ✓ Cuando en la BAI y en la BAC se identifiquen casos de agresiones y exposiciones rábicas, la DTS verifica si el caso fue o no atendido; en caso de haber sido atendido, si la clasificación y el manejo se realizó acorde con los lineamientos del Protocolo de Vigilancia de la Rabia Humana, en Perros y en Gatos y de la Guía práctica para la atención integral de personas agredidas por un animal potencialmente transmisor de rabia. En casos de no haber sido atendido, localizará al paciente y le brinda la atención correspondiente según valoración médica de los factores que rodearon el incidente; de igual manera verifica si fue notificado al Sivigila, caso contrario lo notifica de inmediato.
- **Actas de las Unidades de Análisis** realizadas a cada caso probable o confirmado de rabia humana, que enviarán al Referente de la vigilancia integrada de la rabia humana, de perros y de gatos del Instituto Nacional de Salud, incluyendo el plan de mejoramiento.

La responsabilidad inicial de realizar la unidad de análisis es de la UPGD, quien la enviará al municipio, este al departamento o distrito y este último al Instituto Nacional de Salud, quien debe revisar por última vez la pertinencia de la misma. Cada nivel debe revisar la unidad de análisis y realimentar al nivel anterior.

Todas las actas de las unidades de análisis se enviarán al Referente de la vigilancia integrada de la rabia humana y animal. Las entidades Territoriales de Salud cuentan máximo con cuatro semanas para el envío al Instituto Nacional de Salud de la última acta de las unidades de análisis realizadas después de la notificación de la muerte, a la cual se adjuntará:

 - ✓ Historias clínicas completa.
 - ✓ Epicrisis.
 - ✓ Ficha de notificación.
 - ✓ Copia de la investigación de campo final.
 - ✓ Copia del acta de la unidad de análisis del caso del nivel departamental o distrital.
 - ✓ Copia del plan de mejoramiento.
 - ✓ Certificado de defunción.
 - ✓ autopsia verbal y clínica.
 - ✓ Resultado de pruebas diagnósticas específicas.
 - ✓ Seguimiento a los planes de mejoramiento.
 - ✓ Análisis de las muertes utilizando la metodología de las cuatro demoras.

Accidente ofídico

Notificación

- La vigilancia en salud pública del accidente ofídico se realiza mediante notificación individual de reporte semanal obligatoria.
- También se realizará la búsqueda de casos por fuentes secundarias, mediante la búsqueda activa institucional de casos utilizando el SIANIESP, que debe ser contrastada con lo notificado al Sivigila.

- Para las defunciones, se debe realizar mensualmente la revisión desde el nivel municipal y departamental, el cruce de información entre RUAF – ND y la notificación al Sivigila de muertes por accidente ofídico, y en el caso de encontrar diferencia con en cantidad de casos se realiza el ajuste en el Sivigila.
- Los accidentes ofídicos se confirman por clínica, por lo tanto no se deben realizar ajustes con el atributo 6 (descartado). Cuando sea necesario hacer algún cambio en la clasificación del caso o cualquier otra modificación se debe emplear el ajuste 7 (otra actualización). En caso de descartar en la notificación accidentes por otros animales venenosos u otra situación se debe usar el ajuste D (error en la digitación).

Defunciones

- Las muertes por accidente ofídico se notificaran inmediatamente por cualquier medio (telefónico, fax, mensaje electrónico), al grupo de zoonosis del INS. La entidad territorial debe verificar de inmediato la disponibilidad de suero en los municipios de notificación y seguir las indicaciones generales para el análisis de los casos de muerte.
- Cuando se presente una defunción por accidente ofídico, se realizara la investigación epidemiológica de campo, que como características tiene la confirmación de la ocurrencia del caso, la organización del trabajo de campo, la realización de la investigación epidemiológica de campo y preparación del informe (**anexo 4 del protocolo**).
- La unidad de análisis individual de defunción por accidente ofídico tendrá tres escenarios; primero es la preparación de la reunión, segundo la realización de la reunión de análisis y consolidación y seguimiento del informe (**anexo 5 del protocolo**). Los integrantes mínimos para realizar la unidad de análisis son:
 - ✓ Referente departamental de accidente ofídico.
 - ✓ Responsable del grupo de Zoonosis del departamento o su delegado con capacidad de tomar decisiones y adquirir compromisos.
 - ✓ Médico preferiblemente epidemiólogo, de la secretaria de salud departamental.
 - ✓ Representante(s) de la(as) Institución(es) Prestadora(as) de Servicios de salud que dieron el caso, con capacidad de tomar decisiones y adquirir compromisos.
 - ✓ Responsable de la oficina de Prestación de servicios de salud de la secretaría de salud departamental, o su delegado con capacidad de tomar decisiones y adquirir compromisos.
 - ✓ Responsable de la oficina de Aseguramiento de la secretaría departamental de salud, o su delegado con capacidad de tomar decisiones y adquirir compromisos.
 - ✓ Responsable del centro regulador de urgencias (CRUE), departamental, o su delegado con capacidad de tomar decisiones y adquirir compromisos.
 - ✓ Representante con capacidad de tomar decisiones y de adquirir compromisos, de la Enditad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), a la cual estaba afiliada(o) el difunto.
 - ✓ Experto(s) académico(s) y/o de servicios de salud de la entidad territorial, este o estos personaje(s) siempre y cuando sea posible su participación.
 - ✓ Durante el proceso de realización de la unidad de análisis para la discusión del caso, se pueden utilizar la metodología de las cuatro demoras, desigualdades e inequidades en salud, determinantes sociales de la salud o análisis causa raíz (**anexo 10 del protocolo**).

- ✓ El plan de intervenciones que se elabora en la unidad de análisis tendrá las características que están en el **anexo 6 del protocolo**.
- ✓ Las entidades territoriales verificarán la realización del “Curso virtual para la atención y manejo de envenenamiento por serpientes venenosas y otros animales que se encuentra disponible y gratuito en el aula virtual del INS”, por parte de todos los médicos y profesionales de la salud del departamento.

Encefalitis equinas

- Cualquier caso probable de Encefalitis Equinas en humanos, deber ser notificado de forma inmediata y por cualquier medio (telefónico, fax, correo electrónico) al equipo de zoonosis del INS; con el fin de coordinar y orientar las acciones de prevención y control. De la misma manera, frente a un foco confirmado de Encefalitis Equinas en animales, las acciones de investigación, prevención y control se debe realizar de inmediato.

Las actividades a realizar son:

- Convocar de inmediato el Consejo Territorial de Zoonosis para coordinar y organizar la investigación y trabajo de campo en la zona del foco y perifoco.
- Por parte del sector salud y el sector pecuario debe realizar:
 - Definir el área de foco y peri foco
 - Búsqueda activa de personas y équidos con signos y síntomas compatibles con la definición de caso.
 - Búsqueda de criaderos del vector (formas maduras e inmaduras),
 - Verificación de antecedentes vacunales en équidos de la zona para Encefalitis Equina Venezolana.
 - Actividades de información, comunicación y educación dirigida a la comunidad con relación a sintomatología, prevención, vigilancia de las EE, criaderos y su eliminación e información oportuna al sector pecuario de équidos enfermos.
- Las entidades territoriales deben realizar la búsqueda activa institucional. Para la BAI tenga en cuenta:
 1. Esta la realizarán las instituciones de salud de los departamentos o distritos que presenten casos humanos probables o confirmados de EEV, EEE, ENO y EEO. Adicionalmente, ante la confirmación de un caso de encefalitis equinas en los animales.

La BAI se realizará teniendo en cuenta dos fuentes:

- a) Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
 - b) Notificación de casos de encefalitis equinas al Sivigila.
2. El proceso se realiza revisando los RIPS de consulta externa, hospitalización y urgencias en las IPS públicas y privadas en búsqueda de diagnósticos

específicos de encefalitis equinas según el código internacional de enfermedades CIE – 10 (tabla 8).

Tabla 8.

Códigos Cie 10 que llevarán a cumplir la definición de caso para Encefalitis Equinas

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A830	Encefalitis Japonesa
A831	Encefalitis Equina del Oeste
A832	Encefalitis Equina del Este
A833	Encefalitis de San Luis
A834	Encefalitis Australiana
A835	Encefalitis de California
A838	Otras encefalitis virales transmitidas por mosquitos
A839	Encefalitis viral transmitida por mosquitos, sin otra especificación
A840	Encefalitis del lejano oriente transmitida por garrapatas [encefalitis primaveroestival rusa]
A841	Encefalitis Centroeuropea transmitida por garrapatas
A848	Otras encefalitis virales transmitidas por garrapatas
A849	Encefalitis viral transmitida por garrapatas, sin otra especificación
A852	Encefalitis viral transmitida por artrópodos, sin otra especificación
A858	Otras encefalitis virales especificadas
A86X	Encefalitis viral, no especificada
A922	Fiebre Equina Venezolana
A923	Fiebre del Oeste del Nilo
A928	Otras fiebres virales especificadas transmitidas por mosquitos
A929	Fiebre viral transmitida por mosquito, sin otra especificación
G92X	Encefalopatía tóxica
G934	Encefalopatía no especificada
M791	Mialgia
R509	Fiebre, no especificada
R51X	Cefalea
R560	Convulsiones febriles

Fuente: CIE 10, adecuación zoonosis – INS, 2015

- La búsqueda se debe realizar a través del aplicativo SIANIESP, mediante el cargue de los RIPS al sistema y la identificación inicial de eventos correspondientes a enfermedades transmisibles; posteriormente se seleccionaran los códigos específicos para encefalitis equinas.
- Solicite y revise las historias clínicas de los casos de encefalitis identificados por BAI y tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:
 - ✓ Verifique el periodo de incubación teniendo en cuenta la fecha de la notificación del caso probable o confirmado tanto en humanos como en animales; revise las manifestaciones clínicas de acuerdo con los criterios de configuración de caso de definidos en el protocolo de vigilancia.
 - ✓ Revise los diagnósticos registrados en la historia clínica, establezca si se trata o no de un caso. Tenga en cuenta que si se identifica un caso probable, es necesario diligenciar la ficha de notificación de datos básicos y notificar de acuerdo con el código del evento, obtener muestras para diagnóstico virológico y realizar la investigación de campo.
- Posteriormente se debe comparar los registros encontrados por búsqueda activa y los casos notificados al SIVIGILA.
- Por otra parte, cruce los diagnósticos de los registros de fiebre no especificada y cefalea al igual que fiebre no especificada y convulsiones para seleccionar aleatoriamente historias clínicas para la revisión. Realice los procedimientos enumerados en los literales uno y dos.
Realice un informe con la descripción de la BAI realizada teniendo en cuenta las fechas, cantidad de RIPS cargados al sistema, número de eventos transmisibles, total de

- diagnósticos de encefalitis, fiebre no especificada, cefalea y convulsiones, número de historias clínicas revisadas y clasificación final de esos casos.
- Las entidades territoriales deben realizar y enviar los informes de la investigación de campo (informe de 24 horas, 72 horas y final) dentro de los primeros tres días después de la notificación de los casos y focos, como lo establece el protocolo. (Anexo 16. Informe de investigación de brote 24, 72 horas y final)
 - Todas las muertes sospechosas por Encefalitis Equinas se notificaran de manera inmediata al referente nacional del INS. Se debe verificar que el caso se encuentre notificado en el Sivigila (250-270-290 y 900), se debe garantizar la obtención de muestras de suero y líquido cefalorraquídeo así como el envío de las muestras de tejidos (cerebro, meninges, medula espinal, hígado, bazo, corazón)
 - Se debe realizar la unidad de análisis con el fin de identificar la secuencia de eventos causales que llevaron al paciente a la muerte en la cual se revisaran, discutirán y tomaran decisiones basados en los hallazgos de:
 - ✓ La historia clínica del paciente, antecedentes epidemiológicos en la zona de residencia, los resultados de laboratorio, las muestras y pruebas de laboratorio pendientes.
 - ✓ Las fichas de notificación correspondientes al evento y certificado de defunción.
 - ✓ Análisis de la presencia del vector y distribución.
 - ✓ Antecedentes vacúnales en équidos de la zona para Encefalitis Equina Venezolana.
 - ✓ Antecedentes eco-epidemiológicos de la zona
 - ✓ Informe de investigación de campo.
 - A esta unidad de análisis de análisis debe asistir: Director de la unidad local de salud, Director de salud pública departamental, referentes de vigilancia y de zoonosis municipal y departamental, representante de prestación de servicios de la Secretaría Departamental de Salud, Responsable del Centro regulador de urgencias departamental, representante de la Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPS) que atendió el caso y especialistas que se requieran (infectólogo, neurólogo, entre otros).
 - El acta de la unidad de análisis debe contener la descripción del caso, resultados de laboratorio, tratamientos y demás diagnósticos compatibles con la definición de caso, resumen de la investigación de campo y otra información considerada como importante para este evento. De esta manera se concluirá si la muerte ocurrió por Encefalitis Equinas y posteriormente se debe realizar el ajuste al Sivigila. Esta información debe ser enviada al equipo de zoonosis del INS máximo dos semanas después de notificar la muerte.

Leptospirosis

- La ficha de notificación del evento ha sido simplificada, teniendo en cuenta las principales características y factores de riesgo, adicionalmente se encuentra habilitado el componente de laboratorio para que las IPS consignen la información necesaria para la confirmación o descarte de los casos.
- Los casos sospechosos de leptospirosis se reportaran individualmente bajo el código 455 y con periodicidad semanal de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés

en salud pública.

- Los casos sospechosos de leptospirosis que sean notificados al Sivigila, deben ser investigados para definir su clasificación y ser ajustados al sistema dentro de las cuatro semanas siguientes a su notificación.
- Se recuerda que se deben realizar los ajustes pertinentes a tipo de caso, según los resultados de las pruebas de laboratorio que se obtengan, con el fin de reducir el número de casos sospechosos al sistema. Igualmente se debe revisar que el tipo de caso y los resultados de laboratorios deben ser coherentes.
- Todas las muertes sospechosas por leptospirosis se notificaran de manera inmediata bajo el código 455 y se enviaran muestras de suero para microbiología y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado y cerebro) para análisis de patología.
- Se debe realizar investigación epidemiológica de campo ante todo caso de muerte sospechosa por leptospirosis, haciendo énfasis en la identificación de personas con síntomas compatibles con la definición de caso, antecedentes epidemiológicos de riesgo, contacto con roedores o animales enfermos, aguas estancadas, entre otras.
- Para la realización de la unidad de análisis se debe contar con los insumos de historia clínica, ficha de notificación, certificado de defunción, resultados de pruebas diagnósticas específicas e informe de investigación epidemiológica de campo.
- Para el análisis de la mortalidad se realizara una breve descripción de los casos con diagnósticos identificados, al cual bajo acta se debe concluir la confirmación o descartar la mortalidad por leptospirosis, de ser descartada la muerte por leptospirosis debe concluirse claramente la causa de la muerte , dentro de las cuatro semanas epidemiológicas siguientes a la notificación.
- Es necesario cumplir con las directrices establecidas en la circular 0025 del 9 de junio de 2016 del Instituto Nacional de Salud para el fortalecimiento de la vigilancia y control de leptospirosis.
- Para realizar la Búsqueda Activa Institucional (BAI) a través de SIANIESP, mediante los códigos registrados en el CIE-10 de los diagnósticos y síntomas que llevaran a cumplir la definición de caso para leptospirosis, entre ellos (tabla 9): Tabla 10. Códigos Cie 10 que llevaran a cumplir la definición de caso para leptospirosis

Tabla 10.
Diagnósticos CIE 10 que pueden cumplir con definición de caso para leptospirosis, Colombia, 2017.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A270	Leptospirosis icterohemorrágica
A278	Otras formas de leptospirosis
A279	Leptospirosis, no especificada
A698	Otras infecciones especificadas por espiroquetas
A699	Infección por espiroqueta, no especificada
A985	Fiebres hemorrágicas con síndrome renal
J969	Insuficiencia respiratoria, no especificada
K720	Insuficiencia hepática subaguda
K729	Insuficiencia hepática, no especificada
N179	Insuficiencia renal aguda, no especificada
N19X	Insuficiencia renal no especificada
R17X	Ictericia no especificada
R500	Fiebre con escalofrío
R501	Fiebre persistente
R509	Fiebre, no especificada

Fuente: CIE 10, adecuación zoonosis – INS, 2015.

Brucelosis

- Ante la notificación de un caso sospechoso de brucelosis humana, es necesario que las entidades territoriales notifiquen de inmediato al equipo de zoonosis del INS, con el fin de analizar el caso y obtener las muestras para la confirmación por laboratorio.
- Por otra parte, si las entidades territoriales de salud reciben reportes del ICA o del referente nacional de predios positivos a brucelosis; es necesario que las direcciones locales de salud realicen la investigación de campo, para identificar factores de riesgo, posible afectación de otras personas y desarrollar acciones de ICE con la comunidad afectada. La investigación de campo se realizara de manera inmediata a la notificación de predios positivos y se enviara al referente del nivel nacional dentro de las siguientes 72 horas.
- La notificación de los casos sospechosos se hará al SIVIGILA bajo el código 900 con periodicidad semanal de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- Una vez el caso sea confirmado o descartado por laboratorio se realizara el ajuste en el sistema.
- Ante la presencia de un caso sospechoso de muerte por brucelosis humana, se realizara la unidad de análisis con el fin de identificar la secuencia de eventos causales que llevaron al paciente a la muerte en la cual se revisaran, discutirán y tomaran decisiones basados en los hallazgos de:
 - ✓ La historia clínica del paciente, antecedentes epidemiológicos en la zona de residencia, los resultados de laboratorio, las muestras y pruebas de laboratorio pendientes.
 - ✓ Las fichas de notificación correspondientes al evento y certificado de defunción.
 - ✓ Análisis de los factores de riesgo. - Antecedentes eco-epidemiológicos de la zona
 - ✓ Informe de investigación decampo.
- A esta unidad de análisis de análisis debe asistir: Director de la unidad local de salud, Director de salud pública departamental, referentes de vigilancia y de zoonosis municipal y departamental, representante de prestación de servicios de la Secretaría Departamental de Salud, Responsable del Centro regulador de urgencias departamental, representante de la (las) Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPS) que atendió el caso y especialistas que se requieran. El acta de la unidad de análisis debe contener la descripción del caso, resultados de laboratorio, tratamientos y demás diagnósticos compatibles con la definición de caso, resumen de la investigación de campo y otra información considerada como importante para este evento. De esta manera se concluirá si la muerte ocurrió por Brucelosis humana y posteriormente se debe realizar el ajuste al Siviigila. Esta información debe ser enviada al equipo de zoonosis del INS máximo cuatro semanas después de notificar la muerte.



Otros animales ponzoñosos

Notificación

- Aunque los accidentes por picadura de escorpión, mordedura de araña, ataque de abejas, y contacto con miriápodos y centípodidos no hace parte del sistema de vigilancia epidemiológica nacional, el equipo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis del INS hace de manera trimestral búsqueda activa de accidentes de este tipo a partir de registros individuales de servicios de salud (RIPS). Así mismo con el fin de realizar el análisis respectivo, las entidades territoriales notificarán cualquier muerte por este tipo de accidentes mediante el código 900 (evento sin establecer) y en el correo en el que se envía el archivo aclarar el tipo de animal ponzoñoso causante de la muerte.
- También serán comunicado dicho caso vía telefónica o por correo electrónico al equipo de zoonosis de INS, enviando copia completa de la historia clínica, certificado de defunción, investigación epidemiológica de campo, acta de la unidad de análisis y plan de mejoramiento a que haya lugar. A la unidad de análisis asistirá el referente de zoonosis de la entidad territorial que notifica el caso, representantes de aseguramiento, control de calidad y de la(s) IPS donde se prestó los servicios de salud.

Angiostrongylus cantonensis

Notificación

Achatina fulica o también conocido como caracol gigante africano es una especie que fue introducida y la cual en la actualidad se ha convertido en una plaga en todo el país, exceptuando San Andrés y Providencia. Aparte de ser un problema a nivel agrícola dada su alta densidad poblacional, también representa un riesgo en salud pública por ser vector de parásitos tales como *Angiostrongylus cantonensis* y *Angiostrongylus costarisensis*, los cuales producen meningitis eosinofílica y angiostrongiliasis abdominal respectivamente. El de mayor importancia por su condición clínica es *Angiostrongylus cantonensis*.

- Las entidades territoriales dentro de su búsqueda activa institucional trimestral, deberán incluir búsqueda de casos de meningitis eosinofílica (CIE 10: B83.2, G05.2), monitoreando así un posible aumento en la frecuencia de casos; situación que de presentarse, deberá ser informada de inmediato al Equipo de Respuesta Inmediata y al Equipo de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis del INS. Ante una posible situación de brote se deberá realizar investigación epidemiológica de campo, la cual debe ser enviada junto con muestras de líquido cefaloraquídeo al laboratorio de parasitología del INS para su posterior diagnóstico.

8.1.4.4. Equipo Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Realizar la vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), teniendo en cuenta la normatividad vigente, que se relaciona a continuación: las normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, de la atención del parto y de la atención al recién nacido o sus actualizaciones, la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita 2014, la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención de la infección por VIH/Sida en

adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos, la guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad, la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, la guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de hepatitis B crónica, la guía práctica clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C, estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B 2016 – 2021, el Plan Nacional de Control de las Hepatitis Virales 2014-2017 y los protocolos de vigilancia de los respectivos eventos.

Sífilis gestacional

- Los casos de sífilis gestacional deben ser notificados de manera semanal e individual como caso confirmado por laboratorio en la ficha 750. El descarte de los casos debe realizarse con ajuste 6 cuando después de analizados estos, se concluya que no cumplen con definición de caso y con ajuste D cuando haya ocurrido un error de digitación. Si el caso está descartado en Sivigila pero cumple con definición de caso este permanecerá en la base de datos hasta tanto la entidad territorial justifique el descarte.

Sífilis congénita

- Los casos de sífilis congénita deben ser notificados de manera semanal e individual como caso confirmado por nexo epidemiológico, por laboratorio o por clínica, en la ficha 740. El descarte de los casos debe realizarse con ajuste 6 cuando después de analizados estos, se concluya que no cumplen con definición de caso y con ajuste D cuando haya ocurrido un error de digitación. Si el caso está descartado en Sivigila pero cumple con definición de caso este permanecerá en la base de datos hasta tanto la entidad territorial justifique el descarte.
- Remitir trimestralmente la Búsqueda Activa Institucional (BAI) de sífilis congénita a los correos electrónicos lineamientosins@ins.gov.co; lineamientosins@gmail.com, vigilanciaits.ins@gmail.com.
- Los Departamentos deben monitorear la realización de las unidades de análisis de TODOS los casos de sífilis congénita, las cuales deben ser realizadas por las UPGD; con el fin de mejorar la calidad de los datos, de la notificación, verificar el cumplimiento de la definición de caso y determinar las fallas que condujeron a la existencia de dichos casos.
- La entidad territorial debe realizar en conjunto con las EAPB y las IPS involucradas, unidades de análisis en casos de muerte atribuible al evento en niños mayores de 28 días (en menores de 28 días se realizan por mortalidad perinatal) y en los casos confirmados solamente por clínica (es decir, ni por laboratorio ni por nexo epidemiológico) y remitir al referente Nacional en el formato enviado por el INS, dentro de las 4 semanas epidemiológicas posteriores al fallecimiento o a la notificación.
- Las entidades territoriales deben verificar la realización de los ajustes de todos los casos notificados como sífilis congénita que no cumplen definición de caso, dentro de las cuatro semanas siguientes a la notificación.

- Las entidades territoriales deben verificar la notificación de las madres de los casos de sífilis congénita, como caso de sífilis gestacional.
- Las entidades territoriales deben verificar la disponibilidad de las pruebas treponémicas rápidas en su territorio.

Hepatitis B, C y Coinfección / Supra infección Hepatitis B-Delta

- La notificación de los casos a clasificar de Hepatitis B y confirmados por laboratorio de Hepatitis B, Hepatitis C y coinfección/supra infección Hepatitis B-Delta deberán ser notificados semanalmente y de forma individual al SIVIGILA por medio de la ficha 340. El descarte de los casos debe realizarse con ajuste 6 cuando después de analizados estos, se concluya que no cumplen con definición de caso y con ajuste D cuando haya ocurrido un error de digitación. Si el caso está descartado en Sivigila pero cumple con definición de caso este permanecerá en la base de datos hasta tanto la entidad territorial justifique el descarte.
- Todo caso de hepatitis B, hepatitis C y coinfección/supra infección hepatitis B-Delta que se notifique al sistema de vigilancia epidemiológica, debe ingresar obligatoriamente acompañado de los resultados de laboratorio y con su respectiva clasificación de caso, de acuerdo con las definiciones operativas estipuladas en el Protocolo de Vigilancia (Hepatitis B a clasificar, hepatitis B aguda, hepatitis B crónica, hepatitis B transmisión perinatal, coinfección / supra infección hepatitis B/Delta, y hepatitis C).
- Se deberá realizar el 100 % de las unidades de análisis a los casos de hepatitis B, C coinfección B-Delta confirmados en niños menores de 5 años, las muertes por hepatitis B, C o coinfección B-Delta, los casos de hepatitis B con coinfección Delta y las situaciones de brotes de hepatitis B.
- Informar de manera inmediata a los responsables del programa de salud sexual y reproductiva y de vigilancia epidemiológica, sobre los casos de hepatitis B, diagnosticados en mujeres gestantes para su seguimiento por parte de las EAPB correspondientes. Lo anterior con el fin de garantizar la prevención de la transmisión materno- infantil de hepatitis B al fruto del embarazo. El seguimiento de estas gestantes y de los recién nacidos expuestos, se realizará de acuerdo a la estrategia diseñada por la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, quienes a su vez serán los responsables de dicho proceso.
- Se recomienda que el seguimiento de la mujer gestante con diagnóstico confirmado de hepatitis B y del recién nacido expuesto, sea un proceso articulado entre los responsables del programa de vigilancia epidemiológica, el programa de salud sexual y reproductiva, la EAPB y la UPGD notificadora del caso; para el seguimiento al 100 % de los hijos de madres con diagnóstico confirmado de hepatitis B durante el primer año de vida, lo cual incluye el cumplimiento del esquema de vacunación anti-hepatitis B y la toma y procesamiento de los marcadores serológicos (HBsAg y Anti HBs a partir de los nueve meses de vida). Si tras el seguimiento se confirma un caso de transmisión materno-infantil de hepatitis B, deberá notificarse en la ficha 340 del Sivigila.

VIH / SIDA

- Los casos de VIH, Sida o muerte por Sida, deben ser notificados de manera semanal e individual como caso confirmado por laboratorio en la ficha 850. Para los casos que resulten positivos en mayores de 18 meses teniendo en cuenta el algoritmo diagnóstico (prueba rápida, prueba de Elisa, Western Blot o carga viral, según sea el caso) y menores de 18 meses con carga viral, es indispensable diligenciar completamente la ficha, la cual consta de cara A o de datos básicos y cara B o de datos complementarios. Cada vez que una persona cambie de estadio clínico (VIH a Sida o fallece), se debe realizar el reporte al Sivigila, por la UPGD que identifique el cambio en el estadio clínico, independientemente si fue la que realizó el diagnóstico inicial. En este caso no debe realizarse ajuste 7, sino notificarse como nuevo para ese estadio.
- El descarte de los casos debe realizarse con ajuste 6 cuando después de analizados estos, se concluya que no cumplen con definición de caso y con ajuste D cuando haya ocurrido un error de digitación. Si el caso está descartado en Sivigila pero cumple con definición de caso este permanecerá en la base de datos hasta tanto la entidad territorial justifique el descarte.
- Cuando haya un diagnóstico de VIH/Sida con mecanismo probable de transmisión materno infantil, transfusión sanguínea, accidente laboral, trasplante de órganos y muertes atribuibles al evento, la entidad territorial municipal o distrital debe garantizar la realización de las unidades de análisis, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el INS y aplicando el manual para la realización de las unidades de análisis y sus respectivos anexos. Posteriormente los municipios deben enviar las actas de estas unidades al departamento.
- Los departamentos y distritos deben verificar la realización de las unidades de análisis en los formatos establecidos por el INS y enviarlas al referente del INS dentro de las 4 semanas epidemiológicas posteriores al fallecimiento o a la notificación.
- Ante la presencia de casos en niños se debe investigar el diagnóstico de infección por VIH de la madre durante la gestación. Si no hay confirmación de transmisión perinatal, se debe indagar sobre un posible abuso sexual en el menor u otros mecanismos de transmisión.
- Las entidades territoriales deben verificar la disponibilidad de las pruebas rápidas contra el Virus de la inmunodeficiencia humana en su territorio.
- Las entidades territoriales deben realizar por período epidemiológico, la correspondencia de bases de datos entre tuberculosis y VIH, con el fin de garantizar el reporte de estos eventos cuando exista coinfección.
- Realizar el reporte al Sivigila de las personas fallecidas con Sida, a través de la revisión trimestral del RUAF.

8.1.4.5. Equipo Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)

Las entidades territoriales que presenten brotes de ETA, hepatitis A y fiebre tifoidea/paratifoidea, que cumplan con los siguientes criterios de notificación inmediata:

- ✓ Brotes que involucren población cerrada o cautiva, como: establecimientos penitenciario y militares, instituciones educativas (colegio, jardín infantil y universidades), servicios alimentarios (centros de desarrollo infantil, hogares comunitarios) ancianatos, guarderías, así como congregaciones de personas, cadenas hoteleras.

- ✓ Brotes donde estén implicados productos alimenticios con alto volumen de comercialización, como: leche y derivados lácteos, agua envasada
- ✓ Brotes establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional – RSI (anexo del RSI), además de otros contemplados como inusitados e imprevistos; ejemplo: brotes de chagas vía oral, brotes de ciguatera o asociados con sustancias químicas.

Deberán enviar al Grupo de gestión del riesgo, respuesta inmediata y comunicación del riesgo a los correos: eri@ins.gov.co; equipoderespuestains@gmail.com los informes preliminares de 24 horas, 72 horas y finales de investigación de campo (anexos 7, 8 y 9). **El envío del informe final debe realizarse dentro de las cuatro semanas siguientes a la ocurrencia del brote**, con los anexos correspondientes a resultados de laboratorio y plan de mejoramiento.

Todos los brotes de ETA que hayan ocurrido en hogar/familia y que el alimento no es contemplado como riesgo en salud pública, el informe de investigación de campo se enviará al INS por semana epidemiológica utilizando el formato de investigación de campo de 72 horas.

Las Unidades Notificadoras Distritales o departamentales que hayan permanecido silenciosas mayor a un periodo epidemiológico en la notificación colectiva de ETA (ficha 350), notificación individual de hepatitis A (ficha 330), fiebre tifoidea y paratifoidea (ficha 320) deberán realizar BAI en la totalidad de sus UPGD; los casos identificados relacionados con brote o casos aislados, realizar la notificación colectiva e individual según aplique. De igual manera, cuando no se identifiquen casos en la BAI se deberá realizar la notificación negativa.

Las UNM y UND deberán realizar unidades de análisis de grupo funcional (vigilancia, laboratorio de salud pública y salud ambiental) por periodo epidemiológico con el fin de verificar el número de brotes notificados al Sivigila, los resultados de laboratorio y la oportunidad en el cumplimiento de las investigaciones epidemiológicas de campo realizadas. Este informe se debe enviar en un tiempo máximo de cuatro semanas posteriores a la notificación del brote; el cual debe incluir la identificación del agente etiológico y el plan de mejoramiento (acciones de inspección, vigilancia y control realizadas en la investigación del brote).

Todo caso individual captado por la UPGD que cumpla con los criterios de confirmación diagnóstica establecidos en el protocolo de vigilancia de fiebre tifoidea/paratifoidea, será responsabilidad del asegurador garantizar la atención integral y tratamiento; así mismo el seguimiento a los casos y a sus contactos más cercanos través de coprocultivos seriados. Teniendo en cuenta lo anterior, se debe realizar visita domiciliaria a cada caso confirmado que contemple los posibles factores de riesgo, seguimiento al tratamiento, estudio de contactos y acciones realizadas. Por periodo epidemiológico se deberá enviar al INS el informe de visita domiciliaria.

En el marco de la vigilancia por laboratorio de fiebre tifoidea/paratifoidea, los laboratorios de salud pública de Antioquia, Atlántico, Bogotá, Norte de Santander y Nariño certificados

para realizar la técnica de serotipificación de especies de *Salmonella*, deberán enviar al laboratorio nacional de referencia – grupo de microbiología del INS el 100% de las cepas de *Salmonella* Typhi; de igual manera, las demás entidades territoriales deben enviar el 100% de las cepas de *Salmonella* Typhi, *Salmonella* spp. aisladas de brotes, procesos invasivos y con perfil de resistencia bacteriana inusual.

Cólera

Todas las entidades territoriales deberán enviar el plan de vigilancia intensificada de cólera.

A todo caso sospechoso de cólera y muerte por EDA de origen desconocido deberá realizarse recolección de muestras e investigación epidemiológica de campo en las primeras 24 horas. La investigación de mortalidad del evento cólera deberá incluir: recolección de muestras biológicas y ambientales, búsqueda activa comunitaria y unidad de análisis institucional en coordinación con la entidad territorial de salud; estas deben ser enviadas al Instituto Nacional de Salud con copia magnética de todos los antecedentes clínicos del paciente, resultados de las pruebas de laboratorio y los datos de investigación de campo.

Realizar búsqueda activa institucional (BAI) para cólera con periodicidad trimestral y enviar el informe al nivel nacional de los hallazgos sobre las acciones individuales y colectivas.

- Primer Informe (enero-febrero y marzo) envió 28 de abril de 2017
- Segundo Informe (abril-mayo-junio) envió 28 de julio de 2017
- Tercer Informe (julio-agosto-septiembre) 27 de octubre de 2017
- Cuarto Informe 2017 (octubre-noviembre- diciembre) 26 de enero de 2018

Monitoreo ambiental: en aquellos departamentos, cuyos municipios posean puertos sobre las costas Atlántica y Pacífica se realizará un monitoreo ambiental de aguas continentales. Para esta actividad se debe identificar el punto de muestreo teniendo en cuenta las diferentes distancias a puerto para iniciar el descargue de las aguas de lastre. Una vez identificados los puntos de muestreo, se deberá utilizar el método de hisopo de Moore. Se deberá enviar trimestralmente el consolidado de muestras de agua procesadas

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda

La notificación de la morbilidad por EDA en todos los grupos de edad se realizará mediante la estrategia de vigilancia pasiva, colectiva, con periodicidad semanal, a través de los Registros de Sistemas Institucionales propios o Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS) de los casos de pacientes hospitalizados en piso general, consulta externa y urgencias, utilizando el código 998 del SIVIGILA. La notificación deberá ser realizada por todas las UPGD, sin interrupción, independiente del nivel de complejidad, de conformidad con lo definido en el protocolo de vigilancia para el evento.

Las entidades territoriales del nivel municipal y departamental/distrital, mantendrán actualizados los canales endémicos para el evento, con el fin de detectar tempranamente cambios que puedan sugerir la presencia o no de un brote e implementar de manera oportuna las acciones de investigación, atención y control de brote, teniendo en cuenta las acciones de vigilancia específicas si se trata un evento que por su comportamiento puedan considerarse una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII).

Informe del comportamiento del Evento: El análisis del comportamiento del evento, será incluido en el informe (semestral y anual) del comportamiento de los eventos de interés en salud pública en la entidad territorial.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Todas las entidades territoriales realizarán la notificación de las muertes por EDA en todos los grupos de edad al Sivigila, de conformidad con lo definido en los protocolos de vigilancia, para la totalidad de casos de EDA en todos los grupos de edad, con condición final muerto utilizando la ficha código 998 (notificación colectiva) y específicamente para los casos de los menores de cinco años utilizando la ficha código 590 (notificación individual).

1. Búsqueda Activa Institucional.

Con el objeto de identificar casos no captados por el Sivigila, las entidades territoriales complementarán la vigilancia pasiva con estrategias de vigilancia activa: búsqueda activa institucional a través de RUAF (módulo Defunciones), tomando como criterio de búsqueda entre las causas de defunción (básica, antecedentes y directa) enfermedad diarreica aguda y complicaciones secundarias a esta (choque hipovolémico, deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico, entre otros).

- **Búsqueda activa institucional - Nivel UPGD:**

La búsqueda activa institucional en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud será realizada con periodicidad **mensual** a través de la base del RUAF (módulo Defunciones), con el objeto de identificar casos no notificados. Tomando los criterios de búsqueda indicados anteriormente, la UPGD realizará correspondencia con los casos notificados al Sivigila. Esta correspondencia debe ser del 100%. En caso de identificar muertes no notificadas, la UPGD realizará la revisión completa de la historia clínica y si cumple con la definición de caso, realizará la notificación del caso. Si no cumple con la definición de caso, revisará la calidad de los datos consignados en el certificado de defunción y según hallazgos si es necesario realizar enmienda estadística y notificar el caso por el evento que corresponda según definiciones de caso.

- **Búsqueda activa institucional - nivel municipal:**

La búsqueda activa institucional será realizada por las entidades territoriales del nivel municipal **por periodo epidemiológico** a través de la base del RUAF (módulo Defunciones) tomando los criterios de búsqueda indicados anteriormente. Para todos los casos que cumplan con este criterio se realizará correspondencia con los casos notificados al Sivigila. El resultado de la correspondencia debe ser del 100%.

En caso de identificar casos no incluidos en el Sivigila, la entidad territorial realizará la revisión del caso, incluyendo la revisión completa de la historia clínica para aclarar e identificar la causa de la muerte. Para los casos que cumplan con la definición de caso, se solicitará a la respectiva UPGD, la notificación del caso y dar inicio al proceso de análisis de caso de conformidad con lo indicado en los lineamientos para el análisis de casos especiales.

Para las muertes que no cumplan la definición de caso, se realizará la enmienda estadística y la notificación del caso en el evento que corresponda según definiciones de caso.

Los resultados se enviarán al nivel departamental con periodicidad **trimestral** dando claridad en el número de casos identificados, casos que cumplen definición de caso, resultados de la correspondencia, número de casos que no estaban notificados y que fueron ingresados al Sivigila luego de la BAI, número de casos que no cumplían la definición de caso a los que se les solicitó enmienda estadística y número de casos que no cumplían la definición de caso y que fueron ingresados en otro evento. La entidad territorial verificará que se hayan cumplido las acciones según los resultados identificados (notificación de caso, ajuste, enmienda estadística, entre otros).

- **Búsqueda activa institucional - nivel departamental:**

Las entidades territoriales del nivel departamental/distrital realizarán el consolidado de los resultados de la BAI en los municipios de su jurisdicción y elaborará un informe breve que describa los resultados de la BAI, dando énfasis en el número de casos no ingresados identificados y las acciones realizadas, con periodicidad **trimestral**. La entidad territorial verificarán que los casos hayan sido ingresados al Sivigila y que (si es el caso), se hayan realizado las enmiendas estadísticas y se hayan ingresado los casos en el evento correspondiente. Tanto los resultados de la BAI como el informe de hallazgos serán enviados al INS en las fechas establecidas.

- Primer Informe (enero-febrero y marzo) 28 de abril de 2017
- Segundo Informe (abril-mayo-junio) 28 de julio de 2017
- Tercer Informe (julio-agosto-septiembre) 27 de octubre de 2017
- Cuarto Informe 2017 (octubre-noviembre- diciembre) 26 de enero de 2018

Unidades de análisis.

Para el 100% de muertes por EDA en menores de cinco años la entidad territorial realizará el proceso de análisis de caso aplicando la metodología para el análisis de casos elaborada por el Grupo de Unidades de Análisis de Casos Especiales del INS, teniendo en cuenta el enfoque de determinantes sociales de la salud y la metodología de las cuatro demoras de conformidad con lo indicado en el protocolo de vigilancia para el evento. Los resultados del análisis con soportes serán enviados al INS **cuatro semanas epidemiológicas** luego de notificado el caso.

Para todos los casos sin excepción, enviará todos los soportes del caso con la respectiva acta de unidad de análisis.

Se enuncian a continuación los soportes que deben enviarse en conjunto con el análisis de caso:

- ✓ Historia clínica completa (incluyendo las historias de atención al menor previas al fallecimiento como registro de atención en el programa de crecimiento y desarrollo, centro de recuperación nutricional si aplica, carné de vacunación, entre otros, que permitan configurar el caso).
- ✓ Copia completa del certificado de defunción.
- ✓ Informe de necropsia (si aplica)
- ✓ Investigación de campo
- ✓ Autopsia verbal (para los casos de menores que fallecen en el domicilio o en lugares diferentes a una institución de salud).
- ✓ Acta de unidad de análisis (por nivel) con soporte de asistencia (incluye plan de mejoramiento)

La entidad territorial realizará los ajustes según los hallazgos y conclusiones del análisis de caso, lo cual incluye enmienda estadística (si aplica) y los ajustes en el Sivigila.

El 100% de las muertes por EDA en población mayor de cinco años se considerarán como casos sospechoso de Cólera y serán notificado al Sivigila y se realizarán el abordaje del caso de conformidad a lo establecido en el protocolo de vigilancia para el evento teniendo en cuenta que al proceso de análisis y revisión completa del caso permita identificar si cumple con la definición de caso para el evento o si se trata de un error en la calidad del dato o en la configuración del caso.

Informe del comportamiento del evento.

El análisis del comportamiento del evento, será incluido en el informe semestral y anual del comportamiento de los eventos de interés en salud pública en la entidad territorial.

8.1.4.6. *Equipo Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibióticos*

- Las entidades territoriales e instituciones de salud deberán contemplar dentro del plan operativo anual los recursos necesarios para la inclusión y fortalecimiento de la vigilancia, prevención y control de los eventos de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), resistencia bacteriana (RAM) y consumo de antimicrobianos (CAB) de acuerdo con las directrices nacionales.
- Todas las entidades territoriales, de acuerdo con su nivel de competencia, deberán garantizar la divulgación a sus unidades notificadoras las directrices nacionales emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, correspondientes a los temas de prevención, vigilancia y control de IAAS, Resistencia Bacteriana y Consumo de antimicrobianos en el marco de la Circular 045 de 2012 del MSPS.
- Todas las entidades territoriales que inicien la vigilancia de las IAAS deberán fortalecer los procesos de capacitación, asesoría y acompañamiento técnico en la prevención, vigilancia y control de estos eventos; realizar procesos de seguimiento y supervisión en las UPGD con el fin de apoyar la generación de acciones que disminuyan las IAAS,

limitar la diseminación de microorganismos multirresistentes y orientar el mejor uso de antimicrobianos

- En 2017, la notificación de IAAS y CAB continuará realizándose únicamente en Sivigila y siguiendo el procedimiento establecido en el respectivo protocolo del evento.

Infecciones Asociadas a Dispositivos y Consumo de Antibióticos

- Las Entidades Territoriales que cuenten con Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) con al menos una (1) Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) deberán garantizar la inclusión del 100% de estas a la vigilancia nacional de las IAAS, de acuerdo a lo establecido en los protocolos de vigilancia y a su vez deberán notificar estos eventos de interés a través de las herramientas informáticas diseñadas por el INS.
- Los equipos de prevención, vigilancia y control de las UPGD, deberán detectar y confirmar oportunamente los casos de Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) para implementar las medidas de prevención y control.
- La información recolectada de los casos de IAD en UCI deberá ser consignada en fichas epidemiológicas de reporte de caso individual disponibles en la página web del INS (ficha 357) y notificar por semana epidemiológica a través de SIVIGILA escritorio.
- Las UPGD deberán consolidar la información de las variables necesarias para la obtención del denominador (días dispositivo/ días paciente) de manera oportuna cumpliendo con los tiempos de reporte establecidos para este evento a través de SIVIGILA escritorio por medio de la ficha 359.
- La información recolectada de la vigilancia de CAB deberá ser consignada en fichas epidemiológicas de reporte colectivo mensual disponibles en la página web del INS y notificar por SIVIGILA escritorio. Evento 354
- Para la notificación de CAB y el reporte de denominadores de IAD (días dispositivo y días paciente) se manejarán los siguientes tiempos:
 - Las UPGD realizarán la notificación a las UNM, el día lunes de la segunda semana epidemiológica siguiente al mes vigilado. Ejemplo: para el reporte de enero de 2017 la UPGD enviará la notificación máximo el día lunes 13 de febrero de 2017 antes de la 3:00pm.
 - Las UNM deberán realizar la notificación a las UND el día martes de la segunda semana epidemiológica siguiente al mes vigilado. Ejemplo para la notificación del mes de enero de 2017, La UNM enviará la notificación a la UND el 14 de febrero de 2017 antes de la 3:00pm
 - Las UND realizarán la notificación al INS el día miércoles de la segunda semana epidemiológica siguiente al mes vigilado. Ejemplo para la notificación del mes de enero de 2017, las UND enviarán la notificación el día 15 de febrero de 2017 antes de las 3:00 pm
- De acuerdo a las Directrices del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA todas las UPGD incluyendo las que vigilan IAAS deberán realizar el ajuste de datos hasta cuatro semanas posteriores a la fecha de notificación, por tal razón la entidad territorial deberá realizar la verificación de la información en este periodo, garantizando los procesos de calidad y oportunidad requeridos por el SIVIGILA.



Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico Quirúrgicos

- Las entidades territoriales deberán garantizar la inclusión a la vigilancia nacional de las IAAS, del 100% de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), de baja, mediana y alta complejidad que realicen los procedimientos quirúrgicos y atención de parto, contemplados en el protocolo de vigilancia.
- Las UPGD a través del equipo de vigilancia epidemiológica y comité de infecciones serán las responsables de la organización, notificación y ajustes de la información.
- Los ajustes de la información notificada se realizarán dentro de las cuatro semanas siguientes a la notificación.
- La notificación de los casos de las infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos (infección de sitio quirúrgico, endometritis post parto y post cesárea) se realizará de manera individual y por semana epidemiológica, con el fin de detectar oportunamente el evento y la presencia de brotes.
- La información recolectada de los casos de Infecciones de sitio quirúrgico y endometritis post parto deberá ser consignada en las fichas epidemiológicas de reporte de caso individual proporcionadas en el protocolo del INS.
- Para la generación de indicadores, las UPGD deberán realizar las siguientes acciones derivadas de la vigilancia:
- Diligenciar en el portal siviigila los datos correspondientes a los numeradores y denominadores de los indicadores, de cada una de las infecciones que se han presentado en los procedimientos quirúrgicos, incluyendo las endometritis post parto, los cuales se enviarán con plazo máximo de 15 días del mes siguientes al mes anteriormente notificado. Ejemplo: mes notificado enero, plazo máximo hasta el día 15 del mes de febrero.
- Para el cálculo de los indicadores de infección de sitio quirúrgico, el numerador será el número de pacientes con infección de sitio quirúrgico de cada uno de los procedimientos por tipo de riesgo y el denominador será el total de cada uno de los procedimientos quirúrgicos por tipo de riesgo que se encuentran contemplados en la vigilancia.

A continuación se describen algunos ejemplos para la construcción del indicador.

En el caso de revascularización coronaria con incisión torácica y del sitio donante, el numerador será el número de infecciones de sitio quirúrgico del procedimiento de revascularización coronaria con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo NHSN NNISS y el denominador el total de cirugías realizadas en el mes de seguimiento de este procedimiento por tipo de riesgo NHSN NNISS (protocolo procedimientos médico quirúrgicos).

<p>No. de casos nuevos de ISQ de Revascularización Coronaria con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>No. Total de procedimientos de Revascularización Coronaria con incisión torácica y del sitio donante por tipo de riesgo en el mes</p>
--

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos de colecistectomía, apendicetomía, herniorrafias con mallas y cesárea para el cálculo de los indicadores se realizarán de la misma forma.

Con respecto a los indicadores de los partos por cesárea, el numerador será el número de endometritis post cesáreas y el denominador será el total de cirugías de parto por cesáreas realizadas en el mes.

En cuanto a los partos vaginales, el numerador será el número de endometritis post parto (vaginal) y el denominador será el total de partos vaginales, realizados en el mes.

$$\frac{\text{No. de casos nuevos endometritis post parto o post cesárea en el mes}}{\text{No. Total de endometritis post parto o post cesárea en el mes}} \times 100$$

- La información recolectada de los indicadores de cada uno de los procedimientos médico quirúrgicos será notificada en el formulario dispuesto en el portal de SIVIGILA de la página del Instituto Nacional de Salud.
- La fuente de información de los datos de los numeradores y denominadores serán los registros diarios sistematizados o manuales de los procedimientos quirúrgicos de salas de cirugía, estos datos deben estar categorizados por tipo de riesgo NHSN NNISS.
- Estos registros deberán ser entregados por una persona designada del equipo de vigilancia y/o comité de infecciones para la recolección y categorización de la información.
- La categorización del riesgo es una responsabilidad institucional y será realizada de acuerdo con la organización interna de la institución (UPGD).

Vigilancia de Resistencia Bacteriana

La vigilancia de este evento se trabajará conjuntamente con la Dirección de Redes en Salud Pública. La notificación en la herramienta Whonet debe realizarse siguiendo el flujo descrito a continuación:

Nivel	Flujo de información	Notificación de la vigilancia Nacional de Resistencia Bacteriana		
		Día 20 del mes siguiente al que se está vigilando.	Día 30 del mes siguiente al que se está vigilando.	Día 15 del segundo mes siguiente al mes que se está vigilando.
Departamental	UPGD- UNM UNM- UND UND- INS	Bases de datos Whonet	Bases de datos Whonet	Bases de datos Whonet
Distrital	UPGD- UN Distrital UN Distrital - INS	Bases de datos Whonet		Bases de datos Whonet

UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos. UNM: Unidad Notificadora Municipal. UND: Unidad Notificadora Departamental. UN Distrital: Unidad Notificadora Distrital INS: Instituto Nacional de Salud.

- Una vez capacitados los Laboratorios de Salud Pública distritales y departamentales con su red de hospitales deberán participar activamente en el programa de control de calidad de la susceptibilidad antimicrobiana realizado por el INS; de igual manera deberán dar cumplimiento a las directrices para el envío de aislamientos (flujograma) a la Red Nacional de Laboratorios del INS y deberán gestionar la adquisición de sus respectivos insumos para la detección fenotípica y pruebas complementarias de los mecanismos de resistencia de mayor impacto en la salud pública.
- Los Laboratorios de Salud Pública serán responsables de la capacitación continua en la vigilancia de la resistencia bacteriana a su respectiva red de hospitales.
- Las UPGD deberán consignar en las bases de datos Whonet el resultado de las pruebas complementarias e infecciones asociadas a dispositivos de acuerdo a las directrices establecidas por el nivel nacional.

Brotos en el ámbito hospitalario

- La entidad territorial departamental o distrital deberá notificar de manera inmediata al Instituto Nacional de Salud (INS) la sospecha de un brote a través del correo iaas.ins@gmail.com
- La investigación de brote debe iniciarse de manera inmediata y presentar informes de acuerdo con el siguiente esquema:

Periodo de reporte	Contenido del informe
Preliminar de 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la situación detectada y la forma en la cual se estableció la alerta de sospecha de brote (incluir la endemia del evento en la institución) • Medidas iniciales de prevención y control implementadas en la institución. • Establecer si se trata de un brote o pseudo-brote. (en caso de ser un pseubrote informar a la entidad territorial para finalizar la investigación) • Plan de comunicación para el manejo de la información relacionada con la sospecha de brote (directivos, autoridades de salud, pacientes y especialistas).
Informe de avance de 72 horas y cuando se requiera actualizar la información	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de caso • Metodología para la búsqueda sistemática de casos • Análisis descriptivo de los casos (tiempo, lugar persona) • Curva epidémica, tasa que ataque, tasa de mortalidad. • Generación de hipótesis del posible brote (buscar cambios en el sistema por ejemplo, información, cambio de personal, equipos, procedimientos o medio ambiente) • Plan para la toma de muestras microbiológicas para probar hipótesis e identificar reservorios • Revisión de los procedimientos sospechosos que involucrados en el brote. • Verificación del cumplimiento de las medidas de prevención y control implementadas.



Periodo de reporte	Contenido del informe
Informe final : Dentro de las cuatro semanas siguientes al cierre de la investigación del brote	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación o refinamiento de la hipótesis. • Evaluación de medidas de prevención y control implementadas. • Plan de acción para la contención del brote con tiempos y responsables establecidos. • Anexos correspondientes a: resultados de laboratorio u otros que se consideren pertinentes o que sean solicitados por el INS. • Plan de la difusión de la investigación del brote a los servicios involucrados. • En caso de ser necesario, realizar estudios comparativos (casos y controles o cohortes)

- La UPGD con el acompañamiento de la Secretaria Municipal de Salud o la Secretaria Distrital realizará la caracterización e investigación del brote. La UPGD debe realizar la unidad de análisis de las mortalidades ocurridas durante el brote. Esta información debe ser enviada al INS quien realizara seguimiento y en caso necesario acompañamiento.
- Las UPGD y las entidades territoriales deberán garantizar el envío de los aislamientos al INS en situaciones de brotes relacionados con **microorganismos inusuales o con perfiles de resistencia inusual de alto impacto en salud pública**, para dar cumplimiento al Reglamento Sanitario Internacional, al Decreto 3518 de 2006, a la Circular 045 de 2012 del INS y demás directrices del nivel nacional.

8.1.5. Grupo factores de riesgo ambiental

8.1.5.1. Equipo Intoxicaciones agudas por sustancias químicas

La notificación de las intoxicaciones por sustancias químicas se hace de manera rutinaria a través de la ficha de datos básicos y datos complementarios correspondiente al código 365.

Para hacer operativa la vigilancia de éste evento se han definido ocho grupos de sustancias: medicamentos, plaguicidas, metanol, metales, solventes, gases, sustancias psicoactivas y otras sustancias químicas; siendo necesario identificar el grupo al cual pertenece la sustancia que origina la intoxicación, de acuerdo con lo establecido en el protocolo de vigilancia del evento.

Se notificarán al INS de manera inmediata las alertas epidemiológicas y los brotes de intoxicación por sustancias química, que serán notificados e investigados por las UNM, dentro de las 24 horas siguientes a su ocurrencia. A su vez la UND informarán de manera telefónica (3505531390 ó 2207700 extensión 1432), o por correo electrónico (intoxquimicas@gmail.com; eri@ins.gov.co y equipoderespuestains@gmail.com) al Instituto Nacional de Salud.

La entidad territorial departamental o distrital remitirán dentro de las 24 y 72 horas siguientes a la ocurrencia del evento la investigación epidemiológica de campo de la alerta o del brote según corresponda, para lo cual se usarán la estructura de los informes de 24 y 72 horas e informe final dispuesto por el INS.

El envío del informe final se hará dentro de las cuatro semanas siguientes a la investigación del brote, con los anexos correspondientes a resultados de laboratorio u otros que se consideren pertinentes.

En época decembrina y de inicio de año (diciembre 1 a enero 30) se realiza la vigilancia intensificada de intoxicaciones por fósforo blanco y bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, las cuales deben ser notificadas de manera inmediata y requieren la realización de la respectiva investigación epidemiológica de campo que incluya la caracterización del caso en cuanto a estado de salud, signos y síntomas presentados, fecha de inicio de síntomas, fecha de exposición, tipo de establecimiento, lugar de consumo o de adquisición de la sustancia y las medidas sanitarias realizadas, según corresponda. En los casos de intoxicación por bebida alcohólica adulterada, además de las acciones descritas, se debe verificar el tipo de bebida alcohólica implicada y se deberá en lo posible asegurar la recolección y envío de muestras biológicas o de bebidas alcohólicas para su respectivo análisis, ya sea en el Laboratorio Departamental de Salud Pública-LDSP o del INVIMA.

La presentación de casos de intoxicación por bebida alcohólica adulterada por metanol en cualquier época del año que haya sido confirmado por laboratorio se configura como un brote y se realizará la respectiva investigación epidemiológica de campo con las acciones previamente descritas.

La entidad territorial departamental o distrital analizará su base de datos cada periodo epidemiológico, con el fin de configurar brotes y alertas, identificar errores de notificación e identificar reincidencias, lo anterior permitirá efectuar un mejor seguimiento e intervención a las intoxicaciones por sustancias químicas.

Todo caso de mortalidad de intoxicación por sustancias químicas contará con su respectiva unidad de análisis la cual será enviada al correo electrónico intoxquimicas@gmail.com, dentro de las cuatro semanas epidemiológicas siguientes a la notificación.

Se reunirá como mínimo la siguiente información:

- Copia resumen de historia clínica
- Copia de resultados de laboratorio y otros exámenes (si aplica)
- Copia de certificado de defunción
- Copia de la investigación de campo o entrevista (si aplica)
- Reporte de necropsia y autopsia verbal.

Así mismo, para el desarrollo de la unidad de análisis es necesario:

- La participación de los diferentes actores implicados, de ser posible contar con la participación de un médico toxicólogo.
- Revisión y análisis de la documentación disponible (citada anteriormente), que incluya:
 - Presentación del análisis de los criterios clínicos.
 - Identificación de la sustancia química y su peligrosidad.
 - Presentación de la autopsia verbal.

- Identificación de los factores de riesgo (de comportamiento, ambientales y biológicos) que causaron la intoxicación.
- Clasificación final del caso (por, asociado, descartado).
- Estudio de certificado de defunción y proceso de enmienda estadística
- Análisis de demoras médicas y no médicas y factores determinantes
- Presentación acciones por aseguramiento
- Conclusiones y recomendaciones
- Plan de prevención y mejoramiento
- Lectura, aprobación y firma del acta

A continuación se relacionan las posibles demoras que se pueden detectar durante el proceso que condujo a la muerte:

Demora 1. Reconocimiento del problema: demora para reconocer el problema y la necesidad de atención en salud, relacionada con falta de información sobre probable fuente de exposición o fecha de exposición a la sustancia química, señales de peligro y desconocimiento de deberes y derechos en salud.

Demora 2. Oportunidad de la decisión y de la acción: demora en la toma de decisiones para la búsqueda de atención desde el sitio de habitación, relacionada con barreras sociales, culturales o económicas o con experiencias previas negativas frente a los servicios de salud, en ella se contemplarán demoras tales como acciones caseras para controlar la probable intoxicación.

Demora 3. Acceso a la atención, logística de referencia: demora para acceder a una atención oportuna, relacionada con vías, transporte, sistemas de remisión de pacientes entre la comunidad y los proveedores de asistencia sanitaria, y con retraso en la referencia cuando se accede a los servicios de salud. Relacionado también con aspectos administrativos que generan demoras o con la oportunidad y calidad de la referencia en condiciones que salven vidas.

Demora 4. Calidad de la atención: asociado con todos los eventos que determinan una calidad de atención deficiente en los servicios de salud incluyendo, además del acto médico, todas las actividades de tipo administrativo que inciden en la óptima prestación del servicio desde el nacimiento del menor y el cumplimiento con la

8.1.6. Grupo no transmisibles

8.1.6.1. Equipo de maternidad segura: mortalidad materna, perinatal, neonatal tardía, morbilidad materna extrema (MME) y defectos congénitos.

1. Informe anual departamental y distrital de maternidad segura de 2016.

Este tipo de análisis agregado permite a las entidades territoriales realizar el monitoreo del comportamiento de los eventos que integran maternidad segura: mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía y defectos congénitos, incluyendo un capítulo de análisis de embarazo en adolescentes y prematuridad, caracterizando la problemática en el contexto del territorio y las realidades sociales de cada uno de los departamentos, distritos y municipios del país. De esta forma se pretende generar una herramienta que permita orientar la toma de decisiones e intervenciones para el logro del mejoramiento de la salud materna e infantil.

El informe contendrá el análisis integrado de los eventos descritos con fecha de corte hasta la semana epidemiológica 52 de 2016 y teniendo en cuenta el cierre de las bases de datos de SiviGila (6 de marzo 2017). Se realizará bajo los parámetros descritos en el anexo 17: “anexos lineamientos maternidad segura 2017” y será parte integral del informe de análisis del componente de SIVI GILA.

Fecha de envío: 1 de abril de 2017.

2. Informe anual por EAPB de maternidad segura 2016.

Este tipo de análisis permite a las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB) realizar el monitoreo del comportamiento de los eventos que integran maternidad segura: mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía y defectos congénitos, incluyendo un capítulo de análisis de embarazo en adolescentes y prematuridad, caracterizando la problemática de su población asegurada. De esta forma se pretende generar una herramienta que permita orientar la toma de decisiones e intervenciones para el logro del mejoramiento de la salud materna e infantil.

El informe contendrá el análisis de los eventos descritos, con fecha de corte hasta semana epidemiológica 52 de 2016 y teniendo en cuenta el cierre de las bases de datos de SiviGila (6 de marzo 2017). Se realizará bajo los parámetros descritos en el anexo 17: “anexos lineamientos maternidad segura 2017” .

Fecha de envío: 1 de abril de 2017.

3. Informes acumulados a periodos epidemiológicos 06 y 13 de 2017 del seguimiento de los procesos de vigilancia en salud pública de maternidad segura (departamentos y distritos)

El informe se generará como una herramienta para realizar el seguimiento al comportamiento de los eventos en maternidad segura en los departamentos y distritos. En este se realizará un resumen de la situación de mortalidad materna, morbilidad materna

extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía y defectos congénitos, incluyendo un capítulo de análisis de embarazo en adolescentes y prematuridad, así como el seguimiento a los indicadores de proceso y de resultado de cada uno de ellos. Se realizarán dos informes acumulados, a periodos epidemiológicos 06 y 13 de 2017.

Corte periodo epidemiológico 06:	17 de junio de 2017	Envío 17/07/2017
Corte periodo epidemiológico 13:	30 de diciembre de 2017	Envío 9/02/2018

4. Informes acumulados a periodos epidemiológicos 06 y 13 de 2017 del seguimiento de los procesos de vigilancia en salud pública de maternidad segura (EAPB)

El informe se generará como una herramienta para realizar el seguimiento al comportamiento de los eventos en maternidad segura en la EAPB. En este se realizará un resumen de la situación de mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía y defectos congénitos, incluyendo un capítulo de análisis de embarazo en adolescentes y prematuridad, así como el seguimiento a los indicadores de resultado de cada uno de ellos. Se realizarán dos informes acumulados, a periodos epidemiológicos 06 y 13 de 2017.

Corte periodo epidemiológico 06:	17 de junio de 2017	Envío 17/07/2017
Corte periodo epidemiológico 13:	30 de diciembre de 2017	Envío 9/02/2018

5. Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) de maternidad segura departamental/distrital

Dentro de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) realizados por la entidad territorial se priorizará y presentará el tema de maternidad segura durante los periodos epidemiológicos 03, 06, 09 y 13. En estos se debe incluir el análisis del comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía y defectos congénitos así como el análisis del embarazo en adolescentes y la prematuridad.

El comité debe ser precedido por el Secretario de Salud Departamental o Distrital y se debe contar con la asistencia de los representantes de las áreas de vigilancia en salud pública, salud sexual y reproductiva, calidad, red de servicios, aseguramiento, CRUE, referencia y contra referencia, discapacidad, infancia, red de laboratorios, área de inspección vigilancia y control (IVC) y las demás áreas que se considere deban participar para la toma de decisiones en maternidad segura.

Enviar al INS acta de COVE con lista de participantes.

6. Notificación de mortalidad materna a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Basado en la Web (SVEMMBW)

Ante la ocurrencia de muertes maternas se realizará de **forma inmediata** la notificación de caso al SVEMMBW; se deberá realizar la **notificación negativa semanal** en el SVEMMBW ante la no identificación de muertes en mujeres de 10 a 54 años o muertes maternas. Lo anterior de acuerdo a lo establecido en el protocolo de vigilancia del evento.

7. Vigilancia defectos congénitos y vigilancia intensificada de microcefalia y otros defectos del sistema nervioso central (SNC)

Hipotiroidismo congénito: Se deberá realizar la revisión y actualización de los registros de Sivigila correspondientes a los casos de hipotiroidismo congénito que se encuentran como probables. La responsabilidad recae tanto en la UPGD que realiza la notificación y que cuente con el reporte de las pruebas de laboratorio para confirmar o descartar el caso y en la EAPB correspondiente quien tiene a cargo la verificación y actualización de la notificación cuando la IPS donde se confirma o descarta el caso es diferente a la que lo notificó.

Microcefalia y otros defectos del SNC: En cabeza de las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales de residencia de los casos de microcefalia y otros defectos del sistema nervioso central realizarán junto con las EAPB y las UPGD notificadoras, el estudio etiológico, de acuerdo al proceso establecido en el protocolo de vigilancia de este evento.

- **Mortalidad perinatal y neonatal tardía**

Cumplir con el envío periódico y oportuno de las unidades de análisis de las muertes perinatales y neonatales tardías de acuerdo a lo establecido en el protocolo de vigilancia.

Para el análisis individual de caso de muertes perinatales - neonatales se debe contar con los siguientes insumos: entrevista a la madre y/o familia, autopsia verbal si corresponde a una muerte ocurrida por fuera de una institución de salud, resumen de la atención clínica; reporte de la necropsia clínica cuando la causa de muerte no es clara. Los formatos y guía de análisis están disponibles dentro de los anexos del protocolo de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal – neonatal tardía.

Realizar Búsqueda activa institucional permanente en registros de Estadísticas Vitales (RUAF). Ver anexo 17 “anexos lineamientos maternidad segura 2017”.

- **Morbilidad materna extrema**

La notificación de los casos de morbilidad materna extrema debe ser realizada de forma inmediata desde las UPGD de baja, mediana o alta complejidad a través de la ficha de notificación 549 en el momento en que se identifica el caso confirmado por clínica y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión, teniendo en cuenta aquellas enfermedades específicas que deben estar acompañadas de un criterio de falla de órgano

para que configure como un caso de morbilidad materna extrema. Cumplimiento de lo establecido en el protocolo respecto a las acciones individuales (entrevista a la sobreviviente, seguimiento de casos, unidades de análisis) encontrados dentro del anexo 17 “anexos lineamientos maternidad segura 2017”.

8.1.6.2. Equipo de crónicas

Enfermedades cardiovasculares, diabetes y EPOC

El objetivo del evento es determinar la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, para poder orientar a las medidas de prevención y promoción de la salud. Las enfermedades crónicas no transmisibles **no** tienen proceso de notificación inmediata o semanal por Sivigila, por lo tanto, la información se recolecta por las fuentes secundarias administrativas como son el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) y el Registro Único de Afiliación a la Protección Social en el módulo de Nacimientos y Defunciones (RUAF-ND).

Las entidades territoriales deben realizar la búsqueda activa institucional a través de SIANIESP, mediante los códigos registrados en el CIE-10, siendo estos los diagnósticos que llevarán a cumplir con la definición de caso.

CÓDIGO	DESCRIPCION DE LOS GRUPOS
E10 – E14	Diabetes Mellitus
I10 – I15	Enfermedades Hipertensivas
I20 – I25	Enfermedades Isquémicas del Corazón
I50	Insuficiencia Cardíaca
I60 – I69	Enfermedades cerebro-vasculares
J41 – J42	Bronquitis Crónica
J43	Enfisema Pulmonar
J44	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
J45 – J46	Asma
J47	Bronquiectasias

El programa de Sivigila 2017, se encuentra provisto del aplicativo SIANIESP para la búsqueda activa institucional (BAI), el cual permite la recolección y procesamiento de la información, según se explica en **el anexo 11 “Análisis de RIPS para enfermedades crónicas”**.

Morbilidad atendida por enfermedades crónicas no trasmisibles

Fuente de datos para el análisis de la morbilidad: RIPS.

Gestión de datos: BAI sobre consolidado de RIPS de todos los regímenes (contributivo, subsidiado, vinculados, particulares y especial) del año 2016 del departamento.

Análisis general por grupo:

- Depuración de la base de datos (información de 12 meses, eliminando duplicados con filtro de nombres, identificación, grupo y subgrupo de enfermedades crónicas).

- Proporción de municipios que remiten la información de ECNT al departamento.
- Proporción de casos atendidos por grupo de ECNT del departamento.
- Proporción de casos atendidos según sexo.
- Proporción de casos atendidos según área de procedencia.
- Proporción de casos atendidos según RIPS (urgencias, hospitalización y consulta externa).
- Proporción de casos atendidos según tipo de afiliación al sistema de seguridad social.

Los resultados de morbilidad atendida, se envían al correo electrónico; lineamientosins@gmail.com y por medio físico al Instituto Nacional de Salud a nombre del grupo de Vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles, Subdirección de prevención, vigilancia y control en salud pública, Instituto Nacional de Salud Avenida calle 26 N° 51 – 20, bloque B, oficina 234.

Cáncer de mama y cuello uterino

En el año 2017 se continuará con la notificación de cáncer de mama y cuello uterino mediante la ficha Sivigila – 155. El ciclo de la notificación se mantendrá de manera semanal en respuesta a lo establecido en el decreto 780 del 06 de mayo de 2016. Se realizará un informe semestral, según los lineamientos generales, incluyendo las fechas designadas para el envío, permitiendo a las entidades territoriales departamentales /distritales, la monitorización y control del comportamiento del evento y caracterizar la problemática y las realidades sociales en cada uno de los territorios.

Este informe contendrá la prevalencia de los casos notificados al sistema de información con énfasis en la oportunidad diagnóstica y de inicio de tratamiento, además si hay casos identificados con muerte en el proceso de atención, se realizará realizar el análisis del caso con la metodología “Ruta de la vida – cuatro demoras”, lo cual permitirá evaluar la calidad de la atención, permitiendo orientar la toma de decisiones e intervenciones para el logro del mejoramiento de la salud de las mujeres.

Se tendrá en cuenta en el proceso de notificación, en la cara A o datos básicos en la fecha de inicio de síntomas, se debe diligenciar la fecha del tamizaje sospechoso (mamografía, citología cervico – uterina); una vez generada la notificación inicial, se encuentra un segundo tiempo o ajuste de la notificación (seguimiento al inicio de tratamiento) que está a cargo de las EAPB cuando la paciente está afiliada a algún seguro o por parte del departamento/distrito con las personas sin afiliación a la seguridad social y no debería pasar de los 30 días entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento.

Realizar búsquedas activas institucionales (BAI) mensuales a partir de sus registros individuales de prestación de servicios (RIPS), con la herramienta SIANIESP evaluando la posibilidad de subregistro con respecto de la información notificada en el Sivigila, buscando el fortalecimiento de la notificación. Estas BAI son para uso interno de las entidades territoriales municipales, departamentales o distritales y NO ser enviadas al Instituto

Nacional de Salud (INS), sin embargo deben incluirse en los informes semestrales que se enviarán al INS.

Los informes se enviarán al INS a los correos de lineamientosins@ins.gov.co , según las fechas establecidas en los lineamientos generales.

Los códigos que se utilizarán para la BAI están precargados en el SIANIEPS del Sivigila y son:

- Neoplasias malignas de mama (C50.)
- Neoplasias malignas de cuello uterino (C53.)
- Carcinoma in situ de mama (D05.)
- Carcinoma in situ del cuello uterino (D06.)

Se garantizarán las actividades de acompañamiento y capacitación al personal sanitario.

Cáncer en menores de 18 años

La notificación de casos de cáncer en menores de 18 años se realiza mediante la ficha de notificación individual 115 y reporte semanal al Sivigila.

Las UPGD, las unidades notificadoras municipales y las unidades notificadoras departamentales o distritales:

- Enviarán por periodo epidemiológico al referente del evento en el INS; notificación negativa, ante la no identificación de casos de cáncer en menores de 18 años, mediante BAI de RIPS de los siguientes códigos CIE-10 de diagnósticos de cáncer; neoplasias malignas (C00 a C97), neoplasias in situ (D00 a D09), neoplasias benignas de meninges, cerebro y otras partes del Sistema Nervioso Central (D32 a D33), neoplasias de comportamiento incierto o desconocido (D37 a D48) y de los diagnósticos diferenciales para leucemias linfocítica y mielocítica aguda; aplasias y otras anemias (D60 a D64) y purpuras y otras afecciones hemorrágicas (D69).
- Realizar correspondencia Sivigila – Estadísticas vitales: Por periodo epidemiológico las entidades territoriales deben hacer el análisis de la correspondencia entre la notificación de muertes en Sivigila y la información que ingresa por los certificados de defunción (RUAF y papel) a las secretarías departamentales y distritales de salud y efectuar los ajustes de los casos encontrados en ambos sistemas.
- Elaborar informe completo del comportamiento de la notificación del evento según variables de tiempo, lugar y persona, y cálculo de los indicadores de oportunidad en el proceso de atención de los menores de 18 años con cáncer, Este informe será incluido en el informe del comportamiento de los eventos de interés en salud pública final 2016 y semestral 2017 y será enviado en medio magnético al correo lineamientosins@ins.gov.co:
- Informe anual 2016: 06 de abril (corte a 06 de marzo de 2017).
- Informe semestral 2017: a periodo VI envió 16 de julio (corte a 17 de junio de 2017). Enviar al correo lineamientosins@ins.gov.co
- Elaborar cada tercer periodo epidemiológico (3,6,9 y 13) informes técnicos del comportamiento de la vigilancia en salud pública del evento y divulgarlos en las sesiones

del Consejo Departamental Asesor de Cáncer Infantil o en COVES departamentales o distritales priorizados para el evento (cada tercer periodo epidemiológico) con participación de representantes de las EAPB, con el objetivo de aportar información necesaria para apoyar la toma de decisiones que permita la mejora continua de la atención de los menores de 18 años con cáncer. Enviar como soporte al referente del evento en el INS, copia del acta y presentación en medio magnético dentro de los 15 días posteriores al evento.

Vigilancia centinela de la exposición a flúor y en salud bucal

La vigilancia centinela de la exposición a flúor se constituye en un componente indispensable cuando se ha adoptado el uso de este elemento como medida de salud pública para el control de la caries dental. A través del sistema de vigilancia se busca obtener información útil y confiable que permita garantizar a la población el suministro adecuado de flúor y que contribuya al efectivo control de la caries dental sin la presencia de fluorosis dental.

De acuerdo a lo anterior es importante fortalecer los siguientes procesos:

- ✓ En el marco del Plan Decenal de Salud Pública y dentro de las acciones iniciales de caso, el paciente debe recibir como tratamiento en las zonas afectadas por fluorosis dental la aplicación tópica de barniz de flúor. De esta forma también se incrementan las acciones de protección específica en procura de la disminución de la prevalencia de caries.
- ✓ También, a fin de dar cumplimiento a la meta del Plan Decenal de Salud Pública relacionada con las prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT, es necesario que dentro de las acciones de educación en salud generadas en los consultorios odontológicos (no solo centinelas), se fortalezcan los hábitos adecuados de consumo de cremas dentales y enjuagues bucales.

La quinta fase de vigilancia centinela iniciará a partir de la primera semana epidemiológica de 2017 y se mantendrá así anualmente. Los lineamientos para el 2017 son:

1. Las entidades territoriales en cumplimiento de la normatividad vigente: Decreto 3075 de 1997 y el Decreto 547 de 1996, Decreto 1575 de 2007, la Resolución 2115 de 2007, la Resolución 0811 de 2008, la Resolución 082 de 2009 y la Resolución 4716 de 2010, analizarán los contenidos de flúor en muestras de agua y sal (monitoreo químico), de acuerdo a la periodicidad y número de muestras establecidas en la normatividad y remitir los resultados anualmente al INS según las acciones establecidas en el protocolo de vigilancia incluyendo el ingreso de la información de agua al Sivicap. Por lo cual la entidad territorial hasta el 22 de julio de 2017 enviarán la información del monitoreo químico del 2016 al correo lineamientosins@ins.gov.co y smisnaza@ins.gov.co en el anexo 6 del protocolo de vigilancia. Se recomienda que el área de vigilancia en salud pública sea la responsable de consolidar y enviar esta información.
2. Las entidades territoriales enviarán enviar por periodo epidemiológico al referente del evento en el INS la notificación negativa de sus centinelas, ante la no identificación de casos de exposición a flúor, mediante BAI de RIPS del código CIE-10 K003 "diente moteado". Se recomienda que el área de vigilancia en salud pública sea la responsable de realizar la BAI y enviar esta información.

3. Las entidades territoriales remitirán al INS (lineamientosins@ins.gov.co y smisnaza@ins.gov.co) antes del 22 de julio de 2017, el plan de intervención de la exposición a flúor para su departamento/distrito de acuerdo a los riesgos identificados en sus centinelas de la fase IV (2016). El plan de intervención debe contener los indicadores de vigilancia, la propuesta de intervención para cada riesgo y el responsable de cada intervención (IPS – EPS – municipio - departamento). Se recomienda que el programa de salud bucal sea la responsable de liderar, realizar y enviar el plan de intervención, lo anterior con el insumo de la base de datos 228 anual que consolidará y entregará el área de vigilancia en salud pública.
4. Con el fin de fortalecer la planeación y toma de decisiones en salud bucal es necesario que cada municipio realice anualmente (año vencido) el análisis de notificación de RIPS de salud bucal de acuerdo al anexo “análisis de RIPS en salud bucal”, la envíe al departamento y este consolide la información de sus municipios y la envíe al INS (lineamientosins@ins.gov.co y smisnaza@ins.gov.co) antes del 22 de julio de 2017 con los indicadores departamentales de frecuencia y concentración discriminados por municipio. Se recomienda que el programa de salud bucal sea el responsable analizar y enviar los indicadores, lo anterior con las salidas en XLS de la notificación al Sianiesp que entregará el área de vigilancia en salud pública.

Vigilancia de Enfermedades huérfanas-Raras

La vigilancia de las enfermedades huérfanas-raras permitirá mantener actualizado un registro sistemático con la información de los pacientes con diagnóstico confirmado (laboratorio o consenso clínico de especialistas) de una de estas enfermedades, generando información sobre la incidencia, prevalencia, mortalidad y distribución geográfica de los casos; facilitando la identificación de medidas necesarias para orientar acciones en recursos sanitarios, sociales y científicos requeridos para su atención.

De acuerdo a lo anterior, los lineamientos de vigilancia para el 2017 son:

1. Las entidades territoriales harán revisión de su red de Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Informadoras (UI) caracterizadas en Sivigila de manera que se identifiquen cuales tienen servicios de especialidades y subespecialidades que estén en capacidad de diagnosticar alguna de las enfermedades huérfanas-raras del listado de la Resolución 2048 de 2015; en caso de no estar caracterizada previamente, es necesario evaluar si el prestador corresponde a una UPGD o UI y hacer la caracterización con el código de habilitación asignado.
Esta caracterización debe estar cargada en el software Sivigila del departamento y debe verse reflejado en la base de datos de UPGD y UI depurada que se envía por periodo epidemiológico al INS, adicionalmente se solicita informar al referente del INS (lineamientosins@ins.gov.co y smisnaza@ins.gov.co), sobre el ingreso de una nueva UPGD o UI caracterizada.
2. Las entidades territoriales realizarán al menos un Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) al año con las EAPB, de tal forma que divulguen los resultados de la vigilancia de enfermedades huérfanas-raras, entreguen la base de datos de sus casos y procuren la atención oportuna e integral de los mismos. Se

solicita realizar dicho COVE antes de terminar el periodo epidemiológico 6 de 2017. Los soportes que deben enviar al INS (lineamientosins@ins.gov.co y smisnaza@ins.gov.co) hasta el 22 de julio de 2017 son, acta y presentación del COVE.

8.1.6.3 Equipo de salud mental y lesiones de causa externa

Lesiones de causa externa

- La Secretaría de Salud Departamental realizará mínimo una visita (virtual o presencial) de acompañamiento y asistencia técnica durante el primer semestre de 2017 a las Secretarías municipales para continuar el fortalecimiento de la vigilancia de lesiones de causa externa.
- Enviar a más tardar el 24 de julio de 2017 el acta de visita o reunión como soporte.
- Durante el primer semestre del 2017 enviar al INS a los correos electrónicos; lineamientosins@ins.gov.co el cronograma de capacitación y retroalimentación realizadas con las Unidades Municipales de Salud, UPGD y con los profesionales responsables del evento.

La capacitación debe incluir:

- Protocolo y ficha de notificación.
- Análisis de muertes debidas a lesiones de causa externa.

La notificación del evento lesiones de causa externa será rutinaria individual para los casos sospechosos mediante la ficha con código INS 453, excepto la lesiones secundarias accidentes de tránsito que no se notificaran por ficha.

Unidades de análisis de mortalidad por lesiones de causa externa: a toda muerte secundaria a lesión en menor trabajador, por accidente de consumo o por procedimientos estético se le debe realizar unidad de análisis.

La información que debe llegar al Instituto Nacional de Salud debe ser enviada apenas se concluya el estudio de cada caso (máximo cuatro semanas después de la notificación de la muerte) y debe incluir:

- Copia de la investigación de campo o entrevista (si aplica).
- Copia del resumen de historia clínica.
- Copia del acta del análisis del caso en el nivel departamental o distrital. - Copia del plan de mejoramiento.
- Copia certificado de defunción. - Seguimiento a planes de mejoramiento. - Reporte de autopsia (si aplica).

Esta información debe ser enviada al correo lineamientosins@ins.gov.co y abandon@ins.gov.co.

Intento de suicidio

- **Notificación**

La notificación del intento de suicidio debe realizarse semanalmente, como caso confirmado por clínica. El archivo que sube a la plataforma Sivigila cumplirá con los criterios de definición de caso y la estructura Sivigila. Los casos de intento de suicidio en los que el mecanismo utilizado sea la intoxicación deben reportarse de manera simultánea al evento 365 (intoxicaciones por sustancias químicas), cada entidad territorial está en la obligación de cruzar mensualmente las bases de datos y garantizar que los casos se notifiquen en las dos fichas.

- **Unidades de análisis:**

Realizar mensualmente una unidad de análisis de un caso por cada grupo de riesgo de los intentos de suicidio de alto impacto (menores de 18 años, mujeres gestantes, reincidentes e indígenas).

Al llevar a cabo esta actividad debe tener en cuenta lo siguiente:

- Historia clínica
- Investigación de campo
- Entrevista familiar
- Familiograma
- Ecomapa

Para la realización de unidades de análisis de eventos de interés en salud pública existen varias metodologías complementarias entre sí, sin embargo es necesario utilizar una metodología que permita analizar la mayor cantidad de información, que sea reproducible y permita su comparación con otras instituciones o entes territoriales. La metodología del ¿por qué?-¿porque?, ¿cómo? - ¿cómo?, permite analizar los factores causales y desencadenantes del intento de suicidio, no solo los relacionados con el proceso de atención al momento de producirse la muerte. La idea básica es que se genere un análisis ordenado del proceso que condujo a dicho intento y determinar si este pudiese haberse detectado tempranamente.

Adicionalmente, se deberá realizar una unidad de análisis mensual que incluya un análisis epidemiológico de la totalidad de los casos presentados en menores de 18 años, mujeres gestantes, reincidentes e indígenas, con el fin de realizar una caracterización poblacional y sociodemográfica, analizando los factores asociados y los mecanismos empleados para tal fin. En este análisis deben participar: vigilancia en salud pública, salud mental, quien lidere en la entidad territorial el proceso de la Gestión de la Prestación de Servicios Individuales conforme a la Resolución 518 de 2015 y los aseguradores implicados en los casos. Las EAPB deben informar las atenciones a dichos casos y garantizar la prestación de servicios correspondientes. Los 30 de cada mes se enviará la lista de asistencia y los compromisos concertados en dicha reunión a los correos lineamientosins@ins.gov.co y abandon@ins.gov.co.

Análisis de determinantes, barreras en la atención en salud

Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)

- La Secretaría de Salud Departamental realizará mínimo una visita (virtual o presencial) de acompañamiento y asistencia técnica durante el primer semestre de 2017 a las Secretarías municipales para continuar el fortalecimiento de la vigilancia de lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal).

Enviar a más tardar el 24 de julio de 2017 el acta de visita o reunión como soporte.

- Durante el primer semestre del 2017 enviar al INS a los correos electrónicos; lineamientos@ins.gov.co el cronograma de capacitación y retroalimentación realizadas con las Unidades Municipales de Salud, UPGD y con los profesionales responsables del evento.

La capacitación debe incluir:

- Ajuste de casos en cuanto a clasificación final y duplicidad.
- Protocolo y ficha de notificación.
- Análisis de muertes debidas a lesiones por explosivos Estrategia de vigilancia.

La notificación del evento lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) será rutinaria individual para los casos confirmados por clínica mediante la ficha con código INS 452. Se hará notificación inmediata para los lesionados por pólvora a partir del 1 de diciembre del año 2017 hasta la segunda semana epidemiológica del 2018.

La estrategia de vigilancia intensificada deberá llevarse a cabo por las 32 Unidades Notificadoras Departamentales y las cinco Distritales. Al no presentarse casos en las últimas 24 horas en el área de influencia territorial debe notificarse negativamente por medio de plataforma web de Sivigila (metodología de notificación).

Unidades de análisis de muerte asociadas a lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal): a toda muerte se le debe realizar unidad de análisis. En las muertes relacionadas por lesiones por pólvora: Las Secretarías Municipales de Salud recopilan la documentación del evento que proviene de los diferentes sectores e instituciones quienes deberán junto con los responsables de los Comités Regionales de Gestión del Riesgo realizar la investigación de campo. Las Secretarías Municipales de Salud serán las encargadas de convocar a los actores descritos para analizar el cumplimiento de las acciones relacionadas con la promoción, prevención y atención integral establecidas para el evento.

La información que debe llegar al Instituto Nacional de Salud debe ser enviada apenas se concluya el estudio de cada caso (máximo cuatro semanas después de la notificación de la muerte) y debe incluir:

- Copia de la investigación de campo o entrevista (si aplica).
- Copia del resumen de historia clínica.
- Copia del acta del análisis del caso en el nivel departamental o distrital.
- Copia del plan de mejoramiento. - Copia certificado de defunción.

- Seguimiento a planes de mejoramiento.
- Reporte de autopsia (si aplica).

Debe desarrollarse el análisis de las muertes utilizando idealmente la metodología “La ruta de la vida, camino a la supervivencia” (cuatro demoras).

Esta información debe ser enviada al correo lineamientosins@ins.gov.co y crónicas.lce.ins@gmail.com Correspondencia Sivigila

Estadísticas vitales

Por periodo epidemiológico las entidades territoriales deben hacer el análisis de la correspondencia entre la notificación de muertes en Sivigila y la información que ingresa por los certificados de defunción (RUAF y papel) a las secretarías departamentales y distritales de salud, efectuando los ajustes de los casos encontrados en ambos sistemas. Una vez se concluya el estudio de caso deben efectuarse los ajustes respectivos al Sivigila y la enmienda al certificado de defunción que sea requerida.

Violencias de género

- La Secretaría de Salud Departamental realizará mínimo una visita (virtual o presencial) de acompañamiento y asistencia técnica durante el primer semestre de 2017 a las Secretarías municipales para continuar el fortalecimiento de la vigilancia de violencia de género.

Enviar a más tardar el 24 de julio de 2017 el acta de visita o reunión como soporte.

- Durante del primer semestre del 2017 enviar al INS al correo electrónico: lineamientosins@gmail.com el cronograma de capacitación y retroalimentación realizadas con las Unidades Municipales de Salud, UPGD y con los profesionales responsables del evento.

La capacitación debe incluir:

- Ajuste de casos en cuanto a clasificación final y duplicidad.
- Protocolo y Ficha de notificación.
- Análisis de muertes debidas a Violencia de género

Estrategia de vigilancia:

La notificación del evento violencia de género será rutinaria individual para los casos sospechosos mediante la ficha con código INS 875 y se hará notificación inmediata para los casos de agresión por ácidos, álcalis o sustancias corrosivas y casos mediante con antecedentes previos, ficha con código INS875.

Unidades de análisis de mortalidad por violencia de género:

A toda muerte secundaria a violencia de género se le debe realizar unidad de análisis.

La información que debe llegar al Instituto Nacional de Salud debe ser enviada apenas se concluya el estudio de cada caso (máximo cuatro semanas después de la notificación de la muerte) y debe incluir:

- Copia de la investigación de campo o entrevista (si aplica).
- Copia del resumen de historia clínica.
- Copia del acta del análisis del caso en el nivel departamental o distrital. - Copia del plan de mejoramiento.
- Copia certificado de defunción. - Seguimiento a planes de mejoramiento. - Reporte de autopsia (si aplica).

Debe desarrollarse el análisis de las muertes utilizando idealmente la metodología “La ruta de la vida, camino a la supervivencia” (cuatro demoras). Esta información debe ser enviada al correo lineamientosins@ins.gov.co y crónicas.lce.ins@gmail.com.

Correspondencia Sivigila

– Estadísticas vitales

Por periodo epidemiológico las entidades territoriales deben hacer el análisis de la correspondencia entre la notificación de muertes en Sivigila y la información que ingresa por los certificados de defunción (RUAF y papel) a las secretarías departamentales y distritales de salud, efectuando los ajustes de los casos encontrados en ambos sistemas. Una vez se concluya el estudio de caso deben efectuarse los ajustes respectivos al Sivigila y la enmienda al certificado de defunción que sea requerida. Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) Para este evento no se realizará, con el fin de evitar la vulneración de los derechos de la persona agredida como consecuencia de la exposición derivada del delito inicial, evitando la victimización reiterada y que sea objeto de ataques o represalias, dando así garantías para una adecuada recuperación física o mental de las víctimas.

8.1.6.3. Equipo vigilancia nutricional

1. Notificación

Para el evento de bajo peso al nacer a término la notificación se realiza semanalmente, como caso confirmado por clínica. Cada UPGD debe descargar el archivo Ruaf-Nd de nacidos vivos por índices y guardarlo en la versión Microsoft Excel 5.0/95, el cual se importa mediante la herramienta Sianiesp para Ruaf.

El archivo que sube a la plataforma Sivigila cumplirá con los criterios de definición de caso; los casos importados aparecerán en color naranja y para poder generar el archivo plano de la notificación es obligatorio completar en datos básicos las variables 2.4 teléfono, 2.16 ocupación y 2.20 grupo poblacional. En la variable 3.12 nombre del profesional que diligencia la ficha aparecerá la palabra Ruaf-Nd; en la cara de datos complementarios el documento del recién nacido corresponderá al número de nacido vivo. Si la UPGD no

diligencia la información de las variables anteriormente descritas, los casos seguirán pendientes por notificar hasta que se cumpla con este requisito.

Es de anotar que si la UPGD tiene casos notificados por ficha de notificación e importa el archivo Ruaf, la notificación de los casos no se repetirá siempre y cuando el número y tipo de la identificación de la madre digitado en Sivigila coincida con el del archivo Ruaf. Para el caso de gemelos que cumplan con la definición de caso, se notificarán los dos casos con el mismo número de identificación de la madre, pero con el respectivo número de nacido vivo de cada niño e indicando la multiplicidad del embarazo en la variable correspondiente, lo cual se hace de forma automática.

Si la UPGD no cuenta con el archivo Ruaf, debe notificar semanalmente los casos presentados utilizando la ficha de notificación respectiva. Se debe tener en cuenta que el diligenciamiento de los datos básicos corresponde a información de la madre y los datos complementarios al recién nacido y antecedentes de la gestación, garantizando que la información es verídica, sobre todo cuando se notifican madres con edad inferior a 10 años.

La mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años se notifican como casos probables y posterior a la unidad de análisis se podrá hacer ajuste 4 para los casos confirmados por clínica como muertes por o asociadas a la desnutrición; ajuste 6 para los casos descartados, ajuste D para errores de digitación y ajuste 7 para cualquier ajuste.

Para todos los casos es necesario que en la ficha de datos básicos, la variable 3.11 “causa básica de muerte” coincida con la clasificación final de cada caso por unidad de análisis.

Para el evento desnutrición aguda moderada y severa en menores en cinco años, la notificación es obligatoria y semanal como caso confirmado por clínica. Los casos notificados que presentan valores extremos positivos y negativos identificados por el valor del Zscore de los indicadores peso para la talla y talla para la edad, deben ser corregidos mediante ajuste 7 a más tardar en el siguiente periodo epidemiológico; estos errores se pueden deber a la inadecuada digitación del peso actual, talla actual y fecha de nacimiento.

2. Informe trimestral del seguimiento a los procesos de vigilancia nutricional

La entidad territorial realizará el informe por cada tres periodos epidemiológicos, incluyendo el comportamiento epidemiológico de cada evento, de forma comparativa con el año anterior y el seguimiento a los indicadores establecidos en el protocolo.

3. Cove

Las entidades territoriales realizarán un Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) por semestre, de tal forma que divulguen los resultados de la vigilancia nutricional. Se solicita realizar dicho COVE y enviar los soportes al INS (lineamientosins@ins.gov.co) hasta cuatro semanas luego de realizado el COVE.

8.1.7 Grupo de gestión y respuesta inmediata.

- Los departamentos y distritos conformarán equipos de respuesta inmediata para la atención de brotes y situaciones de emergencia en salud pública de acuerdo con sus competencias y normatividad vigente. Estos equipos deben ser interdisciplinarios, incluyendo profesionales de vigilancia en salud pública, laboratorio de salud pública, comunicación del riesgo y centros reguladores de urgencias y emergencias, entre otros. Enviar a la dirección electrónica eri@ins.gov.co antes del 31 de marzo la estructura de los equipos de respuesta inmediata departamentales o distritales (en caso de contar con acto administrativo adjuntarlo).
- Los departamentos y distritos contarán con un profesional disponible cada semana epidemiológica quien será el punto de contacto con el grupo de gestión del riesgo, respuesta inmediata y comunicación del riesgo del INS. Enviar a la dirección electrónica eri@ins.gov.co antes del 15 de enero el listado de disponibilidad por semana epidemiológica, relacionando el nombre, cargo, dirección electrónica y teléfonos de contacto; si realizan cambios se debe enviar la actualización a la misma dirección electrónica.
- Los municipios, distritos y departamentos deben identificar, verificar, atender y controlar los brotes de los eventos de interés en salud pública que ocurran en su jurisdicción de acuerdo con sus competencias y responsabilidades. En caso que estas situaciones superen las capacidades básicas territoriales, se informará al nivel territorial superior o nacional; según corresponda, para coordinar las actividades de apoyo en la respuesta en salud pública.
- Los departamentos y distritos contarán con un profesional que realice las actividades de comunicación del riesgo en salud. Enviar a las direcciones electrónicas eri@ins.gov.co y comunicaciondelriesgo@ins.gov.co antes del 31 de marzo el nombre, dirección electrónica y teléfonos de contacto del profesional; si realizan cambios se debe enviar la actualización a las mismas direcciones electrónicas.
- Durante los brotes o situaciones de emergencia, es necesario establecer estrategias de comunicación del riesgo en salud, teniendo en cuenta que la información suministrada sea clara, sencilla y oportuna.
- En el marco de la gestión del riesgo y para verificar que la respuesta sea oportuna y acorde con la situación de emergencia, es necesario establecer las capacidades de respuesta territoriales. El 30 de junio y 30 de noviembre de 2017 el coordinador de salud pública de cada entidad territorial debe diligenciar la encuesta de capacidades básicas en gestión del riesgo en salud, respuesta inmediata y comunicación del riesgo haciendo clic [AQUI](#) o solicitando el enlace de la encuesta al correo eri@ins.gov.co.
- Todos los eventos que constituyan un riesgo para la salud pública nacional (eventos con potencial epidemiogeno, eventos en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, eventos en eliminación erradicación y control nacional e internacional) se notificarán inmediatamente a los teléfonos 321-3946555 del profesional disponible del grupo de gestión del riesgo, respuesta inmediata y comunicación del riesgo del INS y se debe enviar los informes de investigación respectivos a la dirección electrónica eri@ins.gov.co, para coordinar los procesos de verificación, notificación y respuesta.

- Todos los brotes o situaciones de emergencia en salud pública en población confinada y privada de la libertad se notificará inmediatamente a la dirección electrónica eri@ins.gov.co del equipo de gestión del riesgo y respuesta inmediata del INS. Se debe enviar los informes de investigación de brote (24 horas, 72 horas y final) haciendo hincapié en las acciones de prevención y control implementadas para el evento. (Anexo 16)
- Los departamentos y distritos notificarán de inmediato al equipo de gestión del riesgo, respuesta inmediata y comunicación del riesgo del INS a los teléfonos del profesional disponible 321- 3946555 o 350-5862717 y a la dirección electrónica eri@ins.gov.co cualquier amenaza para la salud pública secundaria a desastres naturales o antrópicos, eventos de etiología desconocida, situaciones donde se involucren productos con amplia distribución comercial, accidentes radionucleares o con sustancias químicas. Se debe activar el equipo de respuesta inmediata territorial e implementar las acciones de verificación, investigación de campo, prevención, mitigación y control.
- Teniendo en cuenta las competencias y normatividad vigente los departamentos y distritos enviarán a la dirección electrónica eri@ins.gov.co del equipo de gestión del riesgo, respuesta inmediata y comunicación del riesgo del INS el plan de acción para la vigilancia en salud pública en los eventos de afluencia masiva de personas de alta complejidad.
- Los departamentos y distritos realizarán por lo menos una asistencia técnica a los municipios o localidades de su jurisdicción incluyendo temas relacionados con gestión del riesgo, planes operativos de emergencias en salud pública, reglamento sanitario internacional, sistemas de alerta temprana, vigilancia en salud pública durante emergencias, desastres y eventos de afluencia masiva de personas. El 30 de junio y 30 de noviembre enviarán un informe con las asistencias técnicas realizadas en cada semestre y adjuntarán los soportes.

8.1.8. Grupo de epidemiología aplicada

Dentro de las funciones misionales del Instituto Nacional de Salud, contempladas en el artículo 2, numeral 1 y 2 de la Resolución 0019 de 2016, describe que el INS a través del Grupo de Formación de Talento Humano para la Vigilancia en Salud Pública realiza los siguientes procesos:

1. Dirigir, promover y orientar el estudio, desarrollo y preparación en competencias laborales y técnicas requeridas en los procesos y funciones de vigilancia, control y atención de la salud pública.
2. Apoyar a las Entidades Territoriales y demás actores del sistema en el entrenamiento del recurso humano en procesos relacionados con la vigilancia y control epidemiológico, a través del programa de entrenamiento en epidemiología aplicada.
3. Administrar el Programa de Epidemiología Aplicada como parte de la Red Internacional de Entrenamiento en Epidemiología Aplicada y Salud Pública (TEPHINET)

En ese sentido, se desarrollan las siguientes acciones, las cuales son concertadas previamente de acuerdo con las necesidades identificadas

Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP)

El Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP), en su nivel avanzado, es un programa de dos años de formación que busca fortalecer el sistema nacional de salud pública a nivel nacional y local. Los profesionales en entrenamiento adquieren y fortalecen competencias para investigación epidemiológica de campo mediante la realización de actividades prácticas de campo en salud pública, investigaciones epidemiológicas, estudios de brotes, evaluaciones de sistemas de vigilancia, docencia y divulgación de los resultados a los tomadores de decisiones. Todos los trabajos que se realizan están enfocados en eventos de interés de salud pública prioritarios en Colombia.

El objetivo del programa es formar personal con competencias en la aplicación práctica de la epidemiología de campo, la investigación y la salud pública que respondan a las necesidades de la salud pública en Colombia y en el mundo. El programa está dirigido a profesionales que se desempeñen en salud pública que quieran desarrollar y complementar competencias en epidemiología de campo.

La metodología establecida promueve la formación por competencias en el área de la salud pública, estrategias dinámicas para promover escenarios para aprender haciendo, aprendizaje significativo por medio de actividades pedagógicas como foros, talleres y estudios de casos, tutorías que facilitan el saber y el saber hacer, estrategias activas de aprendizaje, uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Las actividades de formación en el aula están organizadas en módulos y actividades semipresenciales mediante el uso del aula virtual.

Requisitos:

- Ser profesional de la salud o áreas afines.
- Desempeñarse en epidemiología y áreas afines a la salud pública
- Realizar la inscripción al nivel avanzado del Programa de entrenamiento en epidemiología de campo.
- Diligenciar el formato único de hoja de vida, el cual será analizado por la coordinación del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo FETP – Colombia, para determinar el nivel de formación y experiencia laboral en las áreas de vigilancia y control en salud pública o red de laboratorios.
- Someter a la coordinación del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo FETP – Colombia-, el estudio de la hoja de vida para su aprobación.
- Haber cursado y aprobado el examen de conocimientos del curso de métodos en epidemiología y vigilancia en salud pública nivel básico y nivel intermedio.
- Presentar entrevista de admisión.

Formación en vigilancia en salud pública

El curso de métodos básicos e intermedios en Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública es un curso que forma personas para fortalecer las competencias laborales en el área de vigilancia en salud pública. El curso está dirigido a profesionales de área de la salud que realicen funciones de vigilancia en salud pública y técnicos que operan el sistema de vigilancia en salud pública a nivel de Unidades Primarias Generadoras de Datos y entidades territoriales.

Curso de métodos básicos en epidemiología y vigilancia en salud pública

Objetivo: estandarizar las competencias en epidemiología de campo para que las personas que operan el sistema de vigilancia y control en salud pública en los municipios y UPGD obtengan y procesen información de manera eficiente con el sistema.

Las entidades territoriales interesadas en el curso, manifestarán por escrito durante la reunión nacional, estas solicitudes serán revisadas por la dirección de vigilancia y se dará respuesta a las entidades priorizadas, las cuales deben cubrir el la logística indispensable para el desarrollo óptimo del curso. El curso tiene una duración de cuatro semanas: tres virtuales y una presencial.

Curso de métodos intermedios en epidemiología y vigilancia en salud pública

Objetivo: generar competencias en los profesionales para analizar información en salud pública, conducir estudios analíticos y divulgar sus resultados.

La metodología utilizada es por el enfoque de competencias en el área de la vigilancia en salud pública, para promover el aprendizaje significativo de los estudiantes mediante guías de aprendizaje, estudios de caso y talleres prácticos.

Para el año 2017 se ofrecerán cuatro becas al curso internacional de métodos básicos o intermedios en epidemiología y vigilancia en salud pública realizado en Bogotá, a las cuatro primeras entidades territoriales que cumplan con los lineamientos del proceso de vigilancia en salud pública, con base en los informes de seguimiento de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (Resolución 1525 de 2016).

El Grupo de Formación de Talento Humano para la Vigilancia en Salud Pública, recomienda a las Entidades Territoriales fomentar el entrenamiento, formación, capacitación del talento humano que se desempeña en vigilancia en salud pública y áreas relacionadas, para el cumplimiento de manera eficiente de los procesos contemplados en el Decreto 3518 de 2006 y las acciones relacionados con la vigilancia en salud pública.

Las entidades territoriales, secretarías de salud, instituciones y demás que formen parte del proceso de vigilancia en salud pública en el país, promoverán la capacitación y actualización en salud pública, a través de los diferentes cursos que se encuentran disponibles en el aula virtual del Instituto Nacional de Salud.

Epi- info7

Este curso tiene como objetivo realizar capacitación sobre la creación de instrumentos de recolección y análisis de datos, visualización y presentación de informes utilizando los métodos epidemiológicos a través de una herramienta sencilla y de libre distribución. Este curso tiene una duración de una semana de manera presencial. Las inscripciones se realizan a través de la página web del Instituto Nacional de Salud: www.ins.gov.co

Educación virtual

La educación virtual permite realizar acciones de formación disminuyendo costos y brindando mayor cobertura a todas las entidades territoriales.

Las entidades territoriales promoverán el uso de herramientas de educación y formación virtual al talento humano que se desempeñan en áreas de salud pública y las afines; para lo cual el Instituto Nacional de Salud, dispone de los siguientes cursos:

- ✓ Inducción en salud pública
- ✓ Gestión de la calidad de los registros en salud
- ✓ Epidemiología de las enfermedades no transmisibles
- ✓ Prevención y manejo de accidentes causados por animales venenosos
- ✓ Investigación epidemiológica de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos
- ✓ Notificación y diagnóstico de cólera
- ✓ Manejo clínico, programático para la prevención, vigilancia y control de tuberculosis
- ✓ Gestión del riesgo ante emergencias en salud pública

Certificación de Personas en Salud Pública

Las acciones de certificación de personas en salud pública han permitido fortalecer el talento humano que se desempeña en el área; se reconocen las competencias del personal que realiza acciones en vigilancia en salud pública en los diferentes niveles (local, municipal, departamental y nacional) y se mejoran los procesos de las instituciones.

Es necesario que las entidades territoriales participen en procesos de certificación de competencias para reconocer la experiencia y desempeño laboral de las personas responsables de las acciones de vigilancia en salud pública en los siguientes esquemas de certificación:

- “Sistematizar la información de interés en salud pública de acuerdo con lineamientos y requerimientos de la autoridad sanitaria”
- “Determinar la presencia de eventos de interés en salud pública a partir de las definiciones de casos de salud pública”

Las entidades territoriales deben fortalecer las capacidades de vigilancia en salud pública mediante la formación y constitución de un equipo de examinadores en competencias laborales de nivel territorial.

Se requiere para el año 2017, que todos los referentes encargados del manejo del Sivigila a nivel departamental y distrital estén certificados en el esquema: Sistematizar la información de interés en salud pública de acuerdo con lineamientos y requerimientos de la

autoridad sanitaria.

Es recomendable que el talento humano que opera el Sivigila a nivel municipal y local se encuentre certificados como “competentes”, como un mecanismo de fortalecimiento y mejora de la calidad del sistema de vigilancia en salud pública.

Informe quincenal epidemiológico nacional (IQEN)

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación del Instituto Nacional de Salud, orientado y preparado por la Dirección de vigilancia y análisis del Riesgo en salud pública, cuyo fin primordial es difundir trabajos que contribuyan a ampliar los conocimientos en epidemiología y salud pública.

Las entidades territoriales deben fortalecer los mecanismos de difusión y apropiación del conocimiento tales como el IQEN, los boletines epidemiológicos (BES) y otras publicaciones científicas; así como implementar estrategias adicionales de comunicación dirigidas tanto a los trabajadores del sector salud como a la comunidad en general, para difundir la información científica que se produce, buscando generar cambios en las prácticas del sector y de la población, que impacten y repercutan de forma positiva en la salud pública.

En el IQEN se publican, por lo general, escritos breves (entre 15 y 20 páginas) en español, cuyos temas giran en torno a: estudios de brotes, estudios de campo, ensayos de campo, ensayos comunitarios, artículos e informes finales de investigaciones epidemiológicas, estudios descriptivos, de prevalencia, de casos y controles, de cohortes, experimentales y de las evaluaciones de sistemas de vigilancia, entre otros.

De igual forma, se aceptan para su publicación: estudios cualitativos, notas técnicas de laboratorios de salud pública, ensayos, comentarios, reseñas históricas, revisiones de tema, estados del arte, presentación de casos, comentarios bibliográficos, trabajos ilustrados e informes de resultados parciales o finales de otras investigaciones, cuya divulgación es de importancia para la salud pública nacional.

Todo material propuesto para publicación en el IQEN será revisado por uno o más evaluadores o pares científicos (los autores pueden sugerir evaluadores) y una vez evaluado se le reenviará al autor con quien se mantiene la correspondencia, los artículos serán calificados con un concepto de: aprobado, aprobado con modificaciones o rechazado.


Para más información consulte el enlace:

<http://www.ins.gov.co/iqen/SiteAssets/Paginas/default/Instrucciones%20para%20el%20autor.pdf>



9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1. Reglamento Sanitario Internacional (RSI).
2. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021
3. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de principios de epidemiología para el control de las enfermedades: MOPECE. Washington: OPS; 2002. OPS. Diagnóstico e investigación epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos. Disponible en:
<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroETAs/modulo6/modulo6e.html> fecha de acceso. Noviembre 23 de 2013.
5. Resolución 1481 de 2013. Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En:
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%201841%20de%202013.PDF>
6. Instituto nacional de salud. Documento de trabajo guía para desarrollo de vigilancia comunitaria en albergues. Grupo de análisis de situación en salud.
7. Decreto 3518 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>Líderes de los Equipos Funcionales de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, nombrados en la página 2</p>	<p>Oscar Eduardo Pacheco García Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública</p> <p>Hernán Quijada Bonilla Subdirección de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública</p>	<p>Martha Lucia Ospina Martínez Directora General Instituto Nacional de Salud</p> <p>Máncel Enrique Martínez Durán Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública</p>

ⁱ Décima clasificación internacional de enfermedades - CIE 10