



Fotografía ganadora en la 8va CONFERENCIA CIENTÍFICA DE EPIDEMIOLOGÍA DE LAS AMÉRICAS 2014. Autora: Natalia Muñoz

Lineamientos 2015 para la prevención, vigilancia y control en salud pública 384

Ministro de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Dirección de Epidemiología y Demografía

Martha Lucía Ospina Martínez

Director General, Instituto Nacional de Salud

Fernando Pio de la Hoz Restrepo

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Máncel Enrique Martínez Durán

Comité Editorial

Oscar Eduardo Pacheco García

Andrea Patricia Villalobos Rodríguez

Ivonne Natalia Solarte Agredo

Jacqueline Espinosa Martínez

Liliana Castillo Rodríguez

Pablo Enrique Chaparro Narváez

Vilma Fabiola Izquierdo

Natalia Muñoz Guerrero

Milena Rodríguez

Máncel Martínez Ramos

Angélica María Olaya Murillo

Edición y corrección de estilo

Angélica María Olaya Murillo

Diseño y Diagramación

Claudia P. Clavijo A.

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

Instituto Nacional de Salud

Avenida calle 26 n.º 51-20

Bogotá, D.C., Colombia

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Los datos y análisis pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones enviadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad, y todas deberán ceñirse a las normas y principios éticos nacionales e internacionales.

El comité editorial del IQEN agradece el envío de sus contribuciones a la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud; mayor información en el teléfono 220 77 00, extensiones 1382, 1486.

Cualquier información contenida en el IQEN es de dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

Cita sugerida:

Mortalidad en menores de 5 años, Colombia, 2012;19 (22): 368 - 382.

Lineamientos 2015

Para la prevención, vigilancia y control en salud pública

Fernando Pío de la Hoz Restrepo
Director 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 2015

Sivigila
Claudia Marcela Huguett Aragón
Norma Rocío Lozano Falla
Maribel Ramírez

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

Grupo enfermedades Transmisibles
Orlando Castillo

Equipo Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibiótico
Paola Andrea Pulido Domínguez
Sandra Milena Rivera

Equipo Inmunoprevenibles
Andrea Villalobos
Amparo Liliana Sabogal Apolinar
Diana Malo
Amparo Sastoque
Natalia Milena Acosta Amador

Equipo Infecciones de transmisión sexual
Norma Constanza Cuellar Espitia
Jenny Carolina Peralta Carvajal
Érica Natalia Tolosa Pérez
Lida Musdie Martínez Montañez

**Equipo Enfermedades transmitidas por alimentos _
Micobacterias**

Martha Patricia López Pérez
Ángela Helena Folleco

Equipo Enfermedades transmitidas por vectores
Marcela María Mercado Reyes
Cesar Restrepo
Mauricio Bonilla Contreras
Daniela Salas Botero
Sara Gómez Romero

Equipo Zoonosis
Diana Marcela Walteros Acero
Cecilia del Socorro Saad
Andrea Elizabeth Paredes Medina
Alberto Augusto Sánchez Useche
Johana Osorio Usaquén
Adaluz Gómez Hernández

Grupo enfermedades no Transmisibles
Vilma Fabiola Izquierdo

Equipo Crónicas
Andrea Medina Heredia
Flavio Garzón
Natalia Gutiérrez Bolívar
Víctor Manuel Martínez G
Wilson Rolando Bayona
Analidis María Armenta R
Sandra Patricia Misnaza Castrillón

Equipo maternidad segura
Esther Liliana Cuevas
Greace Alejandra Avila M
Liliana Coronado Ortega
Monica Cristina Jaramillo

Equipo vigilancia nutricional
Giomar Sichacá Ávila
Herminia Walteros Fernandez
Andrea Cristancho Amaya
Lilian Andrea Rodríguez

Grupo factores de Riesgo ambiental
María Nathalia Muñoz Guerrero

Equipo Intoxicaciones

Karla Mabel Cárdenas Lizarazo
Jesús Alejandro Estevez
Iván Camilo Sánchez Barrera
Sonia Mireya Díaz Criollo

Subdirección de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Hernán Quijada

Grupo de Epidemiología Aplicada

Luis Fuertes
Claudia Marcela Muñoz
Helena Patricia Salas Suspes
Angélica María Olaya
Silvana Escobar

Introducción

Los lineamientos para la prevención, vigilancia y control de los eventos prioritarios de salud pública 2015, 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 2 y el 5 de diciembre de 2014, como pilar del trabajo conjunto sistemático y constante de identificación, recolección, depuración, análisis, planificación, ejecución y evaluación de este macroproceso 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.

Grupo gestión del riesgo y respuesta inmediata

Santiago Elías Fadul Pérez
Luis Carlos Gómez
Ángela Patricia Alarcón

Grupo de comunicación del riesgo

Maritza Gonzalez Duarte
Carol Piamonte Ospina
Ruth Castillo Toro
Joseph Ruano Ortiz
Giovanny Sanabria Merchán

Compilación y edición del documento

Helena Patricia Salas
Angélica Olaya Murillo

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 deberán identificar 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 a 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 EISP, 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 2015

Marco normativo

En el marco del Sistema de Seguridad Social de salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación de acuerdo al 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 el Sistema Nacional de Salud Pública descritos en el Decreto 3518 de 2006.

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 3518 de 2006, Decreto 2323 de 2006, 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 define 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 y la Dirección de Producción, en cumplimiento de sus funciones planteadas por la Ley 1122 de 2007, el Decreto 3518 de 2006, el Decreto 4109 de 2011, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) y la Resolución 1841 de 2013, emite desde la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública los lineamientos para 2015 que orientan las acciones que se van a desarrollar en el proceso de vigilancia de los EISP en el país.

8.1.1. Lineamientos generales

Debe asegurarse 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 establecida 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 EISP, 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 EISP. Por lo anterior, deben informar antes del 30 de enero de 2015 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 lineamientos@ins.gov.co o también al correo electrónico lineamientosins@gmail.com.

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 2015. Para ello, enviar antes del 30 de enero de 2015 a los correos electrónicos eri@ins.gov.co y lineamientos@ins.gov.co o también al correo electrónico lineamientosins@gmail.com 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 30 de enero de 2015 al correo electrónico lineamientos@ins.gov.co o también al correo electrónico lineamientosins@gmail.com.

Confirmación por laboratorio

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

La entidad territorial debe abogar y vigilar que las IPS hagan la confirmación de casos individuales de EISP.

Los procesos de laboratorio de confirmación diagnóstica y control de calidad de los EISP deberán seguir 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 EISP 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 EISP 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 la periodicidad, la fecha de envío al INS desde la entidad territorial y las fuentes de la BAI.

Los EISP 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, esto se debe hacer con una periodicidad definida en todos los niveles y utilizando los formatos BAI del Instituto Nacional de Salud que están disponible en la página web.

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 EISP 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.

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 (tres en total), así:

- Primer Informe 30 de abril 2015
- Segundo Informe 30 de julio 2015
- Tercer Informe 30 de octubre 2015

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 relacionada 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 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 2015, se hará uso del aplicativo Sivigila 2015 V1.0.0 con las actualizaciones a que hubiere lugar, las cuales deberán ser adoptadas de manera gradual en forma descendente iniciando en la UND y terminando en la UPGD dado que en ningún caso los diferentes niveles podrán utilizar versiones posteriores a las del nivel a quien reportan, esto con el fin de garantizar la integridad de los datos y que la estructura de los datos notificados sea compatible con la versión utilizada por quien consolida la información.

El envío de los archivos planos de las UND al INS deberán realizarlo mediante la plataforma web de Sivigila dispuesta en la página institucional en el link:

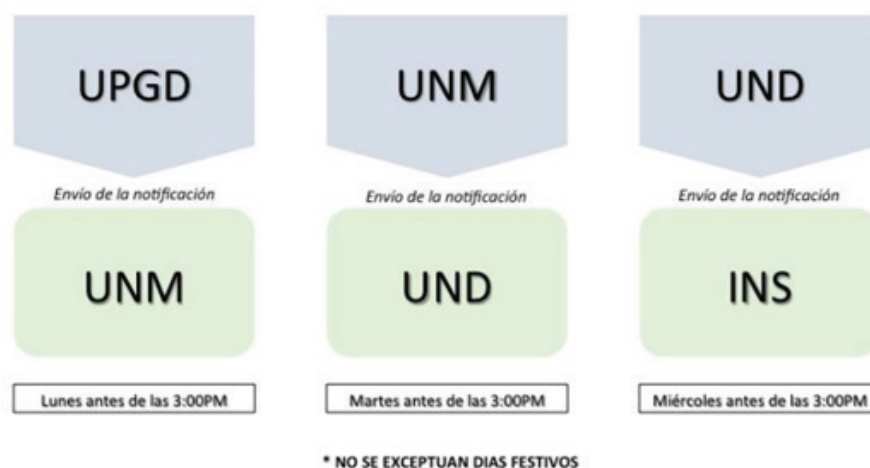
http://aplicaciones_ins.ins.gov.co/sivigila/

La notificación

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 (ver gráfica 1).

Gráfica No 1.
Notificación semanal de EISP



Se requiere la revisión de los archivos planos cargados al aplicativo antes del envío de la notificación al INS, de tal manera, que si uno o más municipios que notificaron oportunamente no pudieron ser cargados por problemas técnicos, se identifique cuáles son, se envíen los archivos planos adjuntos con la notificación, se describa el problema en el correo y se busquen los mecanismos necesarios para resolver el problema.

En caso de que las UND tengan inconvenientes en el cargue de los archivos planos a la plataforma web, podrá realizarlo a los correos electrónicos: sivigila@ins.gov.co, ins.sivigila@gmail.com (únicas cuentas habilitadas). El reporte al seguimiento a 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/Denominador).
- Porcentaje de cumplimiento en la notificación semanal de UPGD indicando el (Numerador/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 semanas.

En este mismo correo es necesario efectuar la notificación negativa semanal, para los eventos en eliminación y control internacional, lo cual puede ser verificado en el conjunto de archivos generados por el aplicativo Sivigila al generar la notificación, específicamente el archivo (xls) denominado “datos básicos individuales”, en este archivo es posible verificar el ajuste “0” de los eventos listados a continuación lo cual indica que fue notificado nuevo esa semana:

- 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 en personas de cinco años o más años.
- Chikungunya

Cierre del correo:

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

- Datos de Coordinador de vigilancia: nombre, teléfono fijo y/o celular, correo institucional.

Los eventos notificados en el Sivigila, que requieren ajuste, deben reflejarse 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.

La fecha límite para realizar ajuste de los casos que ingresaron en 2014 es el 2 de marzo de 2015.

Caracterización

Cada Entidad territorial deberá verificar y ajustar de forma regular el listado de operadores del Sivigila, garantizando que todos los prestadores de acuerdo con sus características sean clasificados como Unidades Informadoras, lo cual implica 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 y aquellos notificadores que no cuenten con código de habilitación; en los demás casos se deberá conservar el código de habilitación.

Al finalizar cada período epidemiológico la entidad territorial deberá remitir el listado depurado de UPGD y Unidades Informadoras activas en Sivigila (diferenciado) y su copia de respaldo, para efectos de evaluación de indicadores de operación del sistema.

Cada entidad territorial deberá verificar y garantizar que la totalidad de prestadores que fueron clasificados como nuevas UPGD o UI, en el marco del proyecto de ampliación de cobertura de operadores del Sivigila, se encuentren capacitados y operando el sistema de información.

Las UPGD que no tengan ningún evento individual o colectivo en la semana a reportar, se debe realizar notificación negativa; sin embargo, es necesario considerar que el aumento en la proporción de la notificación negativa en una institución debe ser considerado como una alerta respecto a la verdadera captación de casos; por lo tanto, se requiere realizar BAI a las UPGD con el 10 % o más de las semanas notificadas con reporte negativo, partiendo de esta verificación, si es pertinente (si no cumple criterios para ser UPGD), la entidad territorial evaluará si se reclasifica al operador como UI.

Las UI que durante cuatro periodos epidemiológicos no reporte 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.

Se considerarán no solo en incumplimiento, sino en silencio epidemiológico las UND (departamentales y distritales), UNM y UPGD que por no enviar a tiempo los datos (después de las 3:00PM, lunes, martes o miércoles según nivel de competencia) no queden incluidas en el consolidado nacional que hace el Instituto Nacional de Salud.

Así mismo, los municipios y UPGD que notifiquen en la semana epidemiológica solo eventos que se vigilan en el departamento o distrito, para la nación se consideran en silencio epidemiológico, así como los municipios que solo reporten el informe de prevención y control de la rabia.

Si los días miércoles en los cuales se envía la notificación semanal al Grupo SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud se presentan inconvenientes estos se deben comunicar con suficiente anticipación (mínimo una hora antes del cierre de las 3:00PM) del cierre de recepción de información, al grupo de mesa de ayuda para poder brindar el adecuado soporte y así solucionar inconvenientes y proceder a crear la notificación.

Al realizar la notificación inmediata de los eventos establecidos de acuerdo con 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 software Sivigila 2015 V1.0.0, los archivos planos generados deberán ser enviados mediante correo electrónico al nivel correspondiente de acuerdo con el flujo de información establecido. Para las UND únicamente a los correos ins.sivigila@gmail.com y sivigila@ins.gov.co.

Se debe adjuntar los dos archivos planos generados por el sistema SIVIGILA 2015; 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 - 2015\ARCHIVOS PLANOS.

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

Tabla No 1.
Indicadores de operación del subsistema de información, Sivigila, 2015

INDICADOR		META
Cumplimiento en la entrega del reporte semanal	Unidades Primarias Generadoras de Datos	Mínimo el 86%
	Unidades Notificadoras Municipales	Mínimo el 95%
	Unidades Notificadoras Departamentales	100%
Oportunidad en el ajuste de casos		30 días promedio
Cumplimiento en el ajuste de casos		100%
Oportunidad en la notificación semanal		Máximo 7 días
Porcentaje de silencio epidemiológico		0%

Fuente: Sivigila 2014.

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

Realimentación: La realimentación enviada por el INS a las Unidades Notificadoras Departamentales es un insumo fundamental para el conocimiento de sus EISP 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. Es por esta razón que esta información una vez es remitida desde el INS a la UND debe ser cargada al Sivigila 2015 V1.0.0 y esta a su vez debe ser retroalimentada al municipio de procedencia del paciente, con el fin que sean identificados los casos y las UNM tengan conocimiento de los riesgos identificados durante la notificación de casos.

Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), son una fuente importante de información para su uso en Vigilancia en Salud Pública, los RIPS 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 al 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 implementará en TODAS las UPGD del país, mediante el uso de las herramientas actualmente suministradas y en los flujos del Sivigila existentes.

La periodicidad esperada para la notificación de cada UPGD al sistema será periodo epidemiológico, aun cuando los canales de comunicación se mantendrán abiertos de manera semanal, las UND a su vez deberán hacer el envío por periodo epidemiológico a los correos sivigila@ins.gov.co y a ins.sivigila@gmail.com.

Las UND 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 EISP relevantes en la notificación realizada.
- Desarrollar e implementar estrategias de mejoramiento de calidad de los RIPS, que permitan integrarlos al Sistema de Gestión de la Información en Salud Pública, con el propósito de permitir disponer de información adecuada y oportuna para la toma de decisiones administrativas, la investigación y la formulación de políticas públicas.

Se recomienda realizar una copia de respaldo en la herramienta Sianiesp con la información del 2014 y reinicializar bases de datos en esta herramienta para iniciar el año con las estructuras desarrolladas para el 2015 integradas en la aplicación de Sivigila 2015.

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 SISPRO con acceso por parte de todos los usuarios a la información mediante CUB.

Fortalecimiento del Talento Humano

Evaluación y Certificación de Competencias Laborales

De acuerdo con la normalización de competencias laborales en salud pública actualmente establecida, es necesario que los entes territoriales desarrollen

acciones de evaluación y certificación de competencias para reconocer la experiencia y desempeño laboral de las personas responsables de acciones de vigilancia en salud pública en las siguientes normas:

- N.º 230101202 “Sistematizar la información de interés en salud pública de acuerdo con lineamientos y requerimientos de la autoridad sanitaria”.
- N.º 230101199 “Determinar la presencia de EISP 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 evaluadores en competencias laborales de nivel territorial, con el apoyo del INS.

Es recomendable que las personas que operan el Sivigila a nivel territorial y local se encuentren certificados como “competentes”, como un mecanismo de garantía a la calidad del sistema de vigilancia en salud pública.

Formación en vigilancia en salud pública

Las entidades territoriales deben fomentar que el talento humano que se desempeña en vigilancia en salud pública tenga acceso a los programas de capacitación continuada en el área, para el cumplimiento de las acciones, manejo de protocolos y notificación oportuna.

El talento humano puede acceder a los diferentes cursos que se ofrecen en el aula virtual del Instituto Nacional de Salud.

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, el Manual de indicadores para análisis (INT-R02.4000-009) y la Guía para informe por departamento (INT-R02.0000-002), 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, reuniones 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, disponible en la web, 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 2014: 2 de marzo de 2015.
- Informe semestral 2015: 18 de julio de 2015 (corte a 20 de junio de 2015). Enviar al correo lineamientos@ins.gov.co

Comunicación efectiva de casos entre entidades territoriales:

- Para los EISP 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. Análisis de muertes por EISP

En las UPGD debe efectuarse la unidad de análisis de todas las muertes relacionadas con un evento de interés en salud pública. Las UNM y UND deben hacer el análisis de mortalidad perinatal de acuerdo con el porcentaje estipulado en el protocolo de vigilancia.

La información que debe llegar hasta el nivel nacional (Instituto Nacional de Salud) debe ser enviada al grupo correspondiente, apenas se concluya el estudio de cada caso (máximo 45 días después de la notificación de la muerte):

- 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.
- Para los eventos inmunoprevenibles y eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización: adjuntar copia del carné de vacunación.
- Seguimiento a planes de mejoramiento.
- Para muerte materna: cumplimiento de acciones mínimas de atención prenatal, parto y postparto, carné materno, parto gram, cuadro consolidado de laboratorios y otros exámenes.
- 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).

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 EISP 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 EISP 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 y en caso de que la probable manera de muerte sea violenta se solicitará la necropsia médico legal de acuerdo con los Decretos 786 de 1990 y 3518 de 2006.

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.

Se insta a las entidades territoriales a realizar unidades de análisis por periodos epidemiológicos 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 para 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 de la poliomielitis en Colombia, cada entidad territorial del orden departamental y distrital debe:

- 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-; ISIS sistema de información de vigilancia integrada de enfermedades inmunoprevenibles, etc.), en coordinación con el referente nacional del evento.

- Los casos notificados por una entidad territorial diferente a la de su procedencia, deben ser informados inmediatamente al referente Nacional y a la entidad de procedencia para la realización inmediata de la investigación de campo.
- Se debe 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, las investigaciones de campo, monitoreo rápido de coberturas, bloqueo vacunal 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 departamental, copia de historia clínica, copia del carné de vacunas, copia de los resultados de electromiografía, potenciales evocados, resonancia magnética, Tomografía axial computarizada (TAC) y Líquido Cefalorraquídeo (LCR).
- Investigar los casos sospechosos de poliomielitis en personas de cualquier edad, a fin de detectar oportunamente cualquier caso importado y poner en marcha inmediatamente las acciones de control necesarias. Los casos en mayores de 15 años no se notifican al Sivigila, se reportan inmediatamente al referente Nacional del evento.

Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita

En el contexto de mantener la certificación de la eliminación del Sarampión, la Rubéola, el Síndrome de Rubéola Congénita, 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 se requiere:

- Lograr 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, aplicativo MESS –measles eliminaton surveillance system, ISIS sistema de información de vigilancia integrada de enfermedades inmunoprevenibles de la Organización Panamericana de la Salud y otros).
- Velar por la integridad y calidad de los datos para lo cual, 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.
- Asegurar una adecuada sensibilidad del sistema de vigilancia integrada de sarampión y rubéola, para lo cual es necesario cumplir con la tasa esperada de notificación de casos sospechosos de sarampión/rubéola de dos o más casos sospechosos por cada 100 000 habitantes y para la vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita igual o mayor a un caso sospechoso por cada 10 000 nacidos vivos.
- La confirmación por laboratorio representa un componente crítico para una vigilancia efectiva, porque esta ayuda a excluir otras enfermedades con fiebre y rash y permite rastrear todo caso importado, por lo cual a todo caso sospechoso se debe tomar muestra de suero, hisopado faríngeo o nasofaríngeo y orina.
- Todos los laboratorios deben enviar de inmediato las muestras de suero de casos sospechosos de sarampión/rubéola con resultado de IgM positivo o dudoso, para su confirmación en el laboratorio de

virología del INS. Además, remitir al INS las muestras de hisopado y orina de esos casos para mejorar la identificación de genotipo viral.

- 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. 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, herpes virus 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.

- Se solicita a las dependencias de Salud Pública a desarrollar y mantener actividades de preparación frente a brotes, realizar talleres de respuesta rápida a brotes y manejo de casos.

Tétanos neonatal

- Mantener en 0% la letalidad por tétanos neonatal durante el año 2015 en el nivel nacional.

- Mantener la tasa anual de tétanos neonatal por debajo de un caso por cada 1000 nacidos vivos en su 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 en el departamento.

- De encontrarse fallas de atención, se establecerán planes de acción tendientes a prevenir la aparición de nuevos casos.

Tétanos accidental

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.

Tos ferina

- Ante la presencia de un brote de tos ferina se debe enviar el informe de avance de la investigación de campo de 24 y 72 horas de iniciada la investigación del brote y el informe final al terminar el brote o cuando se logre controlar.

- Realizar investigación epidemiológica de campo (IEC) al 100 % de los casos notificados. La IEC debe tener como mínimo: lugar y fecha de visita, datos del caso probable, datos de contactos (si aplica), características de la vivienda, características de la familia, relación de habitantes del hogar, antecedentes de vacunación, búsqueda activa comunitaria, operación de barrido, relación y entrega de profilaxis, responsable del informe.

- Todo caso confirmado por laboratorio que se procese por fuera de los laboratorios departamentales de salud pública o del Grupo de Microbiología del INS, debe ser verificado por las entidades territoriales y remitido al Grupo de Microbiología del INS y al referente de tos ferina de la dirección de vigilancia (se debe enviar el soporte de procesamiento de la muestra con nombre completo, identificación, fecha, técnica- ensayo, resultado y nombre del laboratorio que procesó).

- Revisar los pacientes con resultado negativo para Bordetella spp. que no se puedan confirmar por clínica para la búsqueda de agentes etiológicos causantes de síndrome coqueluchoide, como virus sincitial respiratorio, virus influenza, virus parainfluenza, metapneumovirus, adenovirus, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae (antes Chlamydia), entre otros.

Meningitis Agudas Bacterianas

Con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad por meningitis bacterianas agudas causada por *S. pneumoniae*, *N. meningitidis* y *H. Influenzae*, cada ente territorial debe realizar las siguientes acciones:

- Fortalecer la capacitación del recurso humano en la detección de casos probables, toma de muestra y notificación de los casos de meningitis agudas bacterianas desde las unidades primarias generadoras del dato (UPGD) hasta la entidad territorial.
- Todo caso notificado como probable de meningitis bacteriana, deberá tener la muestra correspondiente (líquido cefalorraquídeo), para la identificación del agente causal y así, establecer la clasificación final de casos y realizar el ajuste pertinente.
- Si el agente etiológico encontrado es diferente a *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* o *Neisseria meningitidis*, debe informarse de qué microorganismo se trata al realizar el ajuste en datos de laboratorio, con el fin de conocer los agentes etiológicos bacterianos que pueden estar causando meningitis a nivel nacional.
- Todos los cultivos o aislamientos obtenidos de casos confirmados de meningitis bacterianas por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *N. meningitidis*, deberán ser enviados al grupo de microbiología de la Subdirección Red Nacional de Laboratorios del INS, con el fin de ser caracterizados fenotípicamente y genotípicamente.

Teniendo en cuenta que la meningitis bacteriana es una situación de urgencia clínica, pero también de urgencia epidemiológica se deberá proceder a la investigación de los casos, tomando como mínimo las siguientes acciones:

1. Llenar los datos de la ficha de investigación;
2. Establecer el riesgo para los contactos cercanos de tipo familiar y de las instituciones donde estuvo el niño, tipo guarderías o salas de hospitales;

3. Establecer también el riesgo para contactos con pacientes portadores de enfermedades inmunosupresoras o en edades extremas (menor de dos años y mayor de 60 años), también puede analizarse para indicar medidas de intervención como inmunización y/o quimioprofilaxis.

4. Instituir la quimioprofilaxis para los casos indicados;

5. Identificar los antecedentes vacunales en el caso y sus contactos para establecer la intervención adecuada en cuanto a prevención de otros casos, si hay vacuna para el agente causal disponible.

Parotiditis

Ante la ocurrencia de un brote de parotiditis se debe realizar la investigación epidemiológica de acuerdo con lo establecido en el protocolo de vigilancia de forma inmediata. La investigación de la parotiditis proporciona información útil sobre los factores que podrían haber facilitado la circulación del virus, así como ayuda a determinar los factores de riesgo de contraer la enfermedad y la identificación de los grupos de edad más afectados en nuestro país.

Informar de manera mensual 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 último caso y la fecha de cierre.

Varicela

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 investigación de campo de 24 y 72 horas de iniciada la investigación del brote y el informe final de cada brote.

Informar 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 último caso y la fecha de cierre.

Deben enviarse al referente Nacional las unidades de análisis de las mortalidades relacionadas con el evento en un término no mayor a 30 días posteriores a la ocurrencia.

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 y lo siguiente:

- 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.
- Dar cumplimiento obligatorio, a las actividades que contemplan las circulares 009 de febrero de 2012 y la 039 de 2012 emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ante la presencia de un brote de difteria se deben enviar el informe de avance de la investigación de campo de 24 y 72 horas de iniciada la investigación del brote y el informe final al terminar el brote o cuando se logre controlar.

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 debe realizar las siguientes acciones:

- Las muertes que ocurran posterior a la administración de un biológico, deben notificarse inmediatamente al nivel nacional de acuerdo con lo establecido en el protocolo de vigilancia
- 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.

- Las oficinas de epidemiología en cada nivel (municipal, departamental o distrital) deberán tener a su disposición los informes o insertos de cada una de las vacunas que se estén administrando por el PAI en su área de influencia; estos deberán ser actualizados cada vez que durante la recepción de las vacunas se observe cambios en las presentaciones o en los fabricantes de las vacunas.

- 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 deberá realizar la notificación inmediata al INS y al PAI del Ministerio de Salud y Protección Social, aun cuando no se haya evidenciado 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 sea generado en los diferentes medios de comunicación y en la comunidad. Lo anterior 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.

- La clasificación final de los casos sospechosos deberá ser realizada por un comité de análisis creado en cada departamento, el cual debe estar conformado por los profesionales del grupo de vigilancia en salud pública, del PAI y el acompañamiento de un especialista en pediatría, inmunología o infectología. Esta información deberá remitirse periódicamente al INS.

Enfermedad diarreica aguda causada por Rotavirus (SÓLO APLICA PARA UPGD CENTINELA)

La vigilancia centinela de este evento se realiza con el fin de hacer seguimiento continuo y sistemático de los casos de morbilidad y mortalidad por Enfermedad

Diarreica Aguda (EDA) causada por Rotavirus en población menor de cinco años, mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, que en etapas posteriores permitirá evaluar el impacto de la vacunación contra rotavirus así como vigilar la distribución de los genotipos presentes en el país.

En caso de que la entidad territorial o UPGD esté interesada en participar como UPGD centinela, debe revisar los criterios de selección para UPGD centinela contenidos en el protocolo para la vigilancia centinela rotavirus y comunicarse con el grupo de inmunoprevenibles del INS. La entidad territorial deberá disponer de recursos económicos suficientes para la compra de reactivos y demás insumos de laboratorio requeridos en el diagnóstico de EDA por rotavirus (pruebas rápidas) y asegurar una participación continua y sostenida en el tiempo.

Como parte de esta vigilancia se debe realizar:

- Captación diaria de al menos un caso sospechoso de EDA causada por Rotavirus (mínimo 25 casos/mes).
- Recolección y procesamiento de muestras fecales por el laboratorio de la IPS centinela según protocolo de Vigilancia centinela de EDA por Rotavirus (Componente parásitos, bacterias y virus). Procesar con pruebas rápidas el 100 % de las muestras captadas.
- Enviar semanalmente el 100 % de las muestras al LSPD para ser procesadas por técnica ELISA. Estas deberán ir acompañadas de la ficha de notificación de evento diligenciada en su totalidad.
- Ajustar los casos en el SIVIGILA, con resultados ELISA emitidos por el LDSP, dentro de las siguientes cuatro semanas posteriores a la captación de caso sospechoso.
- Recolectar y consolidar mensualmente los indicadores para seguimiento en el software VINUVA (Vigilancia de Nuevas Vacunas) de la OPS.
- La oficina de epidemiología de la IPS deberá realizar mínimo cada cuatro meses, capacitación y actualización al personal médico involucrado en

al programa, dejando evidencia escrita de dichas capacitaciones.

- La IPS centinela deberá realizar análisis y difusión de la información de este centinela mínimo tres veces al año, aprovechando el boletín epidemiológico del hospital.
- El LDSP deberá procesar las muestras dentro de las siguientes dos semanas posteriores al recibo de las mismas en el laboratorio y enviar la información tanto al laboratorio de la IPS como a la persona responsable del servicio de vigilancia epidemiológica de la IPS.
- El LDSP deberá enviar en envase original (siguiendo las recomendaciones de IATA) al Grupo de Virología, Laboratorio de EDA viral del INS, el 100 % de las muestras positivas para rotavirus y el 20% de las negativas para control de calidad de los resultados. El envío deberá realizarse dentro de las siguientes tres semanas posteriores a la captación del caso por la IPS.
- EL LDSP deberá realizar vista de asistencia técnica para seguimiento y asesoría del programa de vigilancia centinela de EDA por rotavirus, al laboratorio de la IPS seleccionada al menos dos veces al año.
- El INS realizará retroalimentación del control de calidad al LDSP dentro de las dos semanas posteriores al recibo de las muestras en el laboratorio.
- El INS realizará la identificación de genotipos de rotavirus al 60-65 % de las muestras positivas para rotavirus y enviará información de genotipos al laboratorio de las IPS y LDSP y a las oficinas de vigilancia departamental y municipal.
- El INS deberá realizar asistencia técnica, asesoría y seguimiento (presencial o virtual) de los compromisos pactados en todos los niveles del sistema al menos tres veces al año.

Infeción respiratoria aguda

A partir de 2012, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de

la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el evento se vigila bajo cuatro estrategias que son: vigilancia centinela de Enfermedad Similar a Influenza-Infección Respiratoria Aguda Grave (ESI-IRAG), vigilancia de IRAG inusitada, vigilancia de la mortalidad por IRA en menores de 5 años y vigilancia de la morbilidad por IRA en todos los grupos de edad en pacientes hospitalizados y ambulatorios.

El objetivo general del evento es hacer seguimiento del comportamiento de las diferentes expresiones de la IRA, (ESI-IRAG, IRAG inusitado, mortalidad por IRA en menores de cinco años y morbilidad por IRA), para identificar oportunamente cambios inusuales y así orientar las intervenciones de manera oportuna, buscando la prevención y el control del evento.

Para cumplir con este objetivo cada entidad territorial del orden departamental y distrital debe verificar y garantizar lo siguiente:

- En cada caso captado como ESI-IRAG centinela, IRAG Inusitado y Mortalidad por IRA en menores de cinco años, la UPGD debe realizar el diligenciamiento de las fichas epidemiológicas de acuerdo con el protocolo de vigilancia en salud pública, ingresado la notificación al aplicativo Sivigila y posteriormente el ajuste de caso ingresando los reportes de laboratorio al módulo establecido en el aplicativo Sivigila para el cierre final del caso.
- En casos de IRAG inusitado debe realizarse recolección de muestras (aspirado nasofaríngeo o aspirado bronquial o lavado bronco alveolar o cortes de tejido en casos fatales) y enviar al INS para su debido análisis virológico, adicionalmente recolectar muestras de sangre (hemocultivos) o líquido pleural para diagnósticos bacteriano al 100 % de los casos que cumplan con la definición establecida en el protocolo nacional.
- Todo evento de mortalidad por IRA en menores de cinco años debe ser notificado mediante el código 600 en el aplicativo Sivigila por las UPGD, se debe realizar aspirado nasofaríngeo hasta seis horas posteriores a la muerte, y cortes de tejido para análisis virológico con contra muestra adicional de los mismos tejidos

para estudio histopatológico.

- Los eventos notificados al Sivigila como mortalidad por IRA en menores de cinco años y las muertes por IRAG inusitados deben tener unidad de análisis en el 100 % de los casos, bajo el enfoque de las cuatro demoras como una forma de vigilar la problemática de acceso a los servicios y la calidad de la atención, dentro de los siguientes 45 días a la ocurrencia del evento y enviar al INS la epicrisis de la atención al paciente, acta de la unidad de análisis elaborada y el plan de mejoramiento establecido.
 - Mantener el 100 % de concordancia entre los casos de muertes por IRA en menores de cinco años notificados en Sivigila y la información que ingresa por los certificados de defunción (RUAF y papel), efectuando los ajustes de los casos encontrados en ambos sistemas.
 - Las UPGD seleccionadas para la vigilancia centinela de ESI e IRAG respectivamente, son responsables de recolectar muestras de manera semanal para diagnóstico de virus respiratorios al 100 % de los casos que cumplan con la definición establecida en el protocolo nacional tanto de ESI como de IRAG. Adicionalmente se debe implementar la notificación de los casos de IRAG de origen bacteriano en las UPGD centinelas para IRAG, con el fin de seguir el comportamiento de este evento.
 - Las direcciones territoriales deben intensificar las acciones de capacitación a las UPGD sobre la adecuada notificación de la morbilidad por IRA en todos los niveles de prestación de servicio, adicionalmente se debe verificar la calidad del dato en la notificación.
- Lineamientos para unidades de análisis para eventos Inmunoprevenibles e Infección respiratoria aguda (según sea el caso)***

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)
 - Reporte de autopsia 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)
 - Estudio de certificado de defunción y proceso de enmienda estadística
 - Análisis de demoras y factores determinantes
 - Presentación de acciones por aseguramiento
 - Conclusiones y recomendaciones
 - Plan de mejoramiento

Tabla 2. Eventos inmunoprevenibles en los que se solicita realizar unidad de análisis, Siviigila, 2015

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 mortalidad
Tos ferina	Toda mortalidad por tos ferina, Todos los casos con muestras con inadecuada recolección, conservación o procesamiento y todo caso con resultado de IFD negativa
Difteria	Todo caso probable sin muestras para identificación del agente causal Toda mortalidad en caso probable de difteria
Parotiditis	Todo brote de parotiditis
Varicela	Mortalidades relacionadas con el evento
Meningitis agudas bacterianas (MBA)	Toda mortalidad por MBA donde no se haya remitido muestra para aislamiento Brotos en poblaciones confinadas (guarniciones militares, cárceles, por ejemplo)
Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización	Toda mortalidad, eventos inusuales masivos, 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.

8.1.4.2 Equipo Micobacterias

Tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente

Con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis, cada entidad territorial debe:

- **Hacer investigación de campo y estudio de contactos:** efectuar la visita epidemiológica de campo ante todo caso de tuberculosis pulmonar y extra pulmonar así como tuberculosis farmacorresistente en los plazos establecidos según lineamientos nacionales vigentes y garantizar su ajuste en el Sivigila, utilizando los formatos y base de datos establecidas en el protocolo del evento, de manera trimestral se debe enviar en medio magnético al equipo funcional de Micobacterias el formato correspondiente a estudio de contactos de seguimiento del nivel nacional.

- **En tuberculosis meníngea en menores de 5 años;** ante todo caso de tuberculosis meníngea menor de 5 años identificado durante el año en curso, se debe enviar copia de tarjeta individual de tratamiento, investigación epidemiológica de campo, historia clínica y pruebas de laboratorio. Enviar cada trimestre en medio físico o magnético al equipo funcional de micobacterias.

- **Informe del evento:** los departamentos y distritos deben incluir en el informe semestral de comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública, el análisis de los indicadores establecidos en el protocolo de vigilancia de tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente incluyendo la información de:

- Número de pacientes con tuberculosis que recibieron asesoría en VIH.

- Número de pacientes a los que se les tomó prueba para determinar coinfección tuberculosis/VIH.

- Número de personas con coinfección TB/VIH y casos de coinfección tuberculosis/VIH que recibieron profilaxis con cotrimoxazol/TMP en el semestre.

- **Unidades de mortalidad:** acorde con la metodología expuesta en el protocolo del evento, se debe realizar unidad de análisis para todo caso de tuberculosis (incluye casos de TB FR) cuya condición final es muerte. Se requiere enviar al equipo funcional de Micobacterias trimestralmente el formato establecido para seguimiento de unidad de análisis del nivel nacional establecido en el protocolo del evento.

- **Relación de fuentes de información:** organizar reuniones de evaluación trimestrales en las que se compare y evalúe la información reportada a través de las tres fuentes de información existentes para tuberculosis: Sivigila, programa y laboratorio.

Lepra

Con el objeto de disminuir la morbilidad por lepra, cada entidad territorial debe:

- **Investigación de campo y estudio de contactos:** Efectuar la visita epidemiológica de campo ante todo caso de lepra en los plazos establecidos según lineamientos nacionales vigentes y garantizar su ajuste en el Sivigila, utilizando los formatos y base de datos establecidas en el protocolo del evento, de manera trimestral se debe enviar en medio magnético al equipo funcional de Micobacterias el formato correspondiente a estudio de contactos de seguimiento del nivel nacional

- **Informe del evento:** Los departamentos y distritos deben incluir en el informe semestral de comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública, el análisis de los indicadores establecidos en el protocolo de vigilancia de lepra.

- **Casos clasificados como Recidiva:** Se requiere enviar al equipo funcional de Micobacterias del INS, el acta de análisis de la clasificación por recidiva, esta debe incluir resultado de biopsia y resultado actual de BK para lepra, trimestralmente

- **Relación de fuentes de información:** Organizar reuniones de evaluación trimestrales en las que se compare y evalúe la información reportada a través de las tres fuentes de información existentes para lepra: Sivigila, programa y laboratorio.

8.1.4.3 Equipo de enfermedades transmitidas por vectores ETV

- El grupo funcional de ETV de cada entidad territorial debe guiarse, para las actividades individuales y colectivas, en los protocolos de vigilancia de cada evento.

- El grupo 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 y aseguramiento. El grupo debe realizar reuniones periódicas según la necesidad y el comportamiento de los eventos, dichas reuniones deben estar soportadas con su respectiva acta.

- Frente a la presentación de brotes de cualquiera de las enfermedades transmitidas por vectores se debe realizar una investigación epidemiológica de campo y enviar el informe dentro de las siguientes cuatro semanas después de la presentación del evento.

- Frente a la presentación de brotes de cualquiera de las enfermedades transmitidas por vectores se debe realizar BAC y BAI y enviar el informe de resultados de la búsqueda al grupo de vigilancia de ETV dentro de las siguientes cuatro semanas después de la presentación del evento.

- El coordinador del grupo de ETV de cada entidad territorial debe elaborar informes por periodo epidemiológico de los eventos de ETV que incluyan comportamiento, características demográficas y sociales, tendencias e indicadores epidemiológicos, con el objeto de detectar tempranamente cambios en los patrones de comportamiento de las ETV (dengue, malaria y leishmaniasis cutánea) conforme a las

metodologías sugeridas por el INS.

- En caso de muerte por alguna de las enfermedades transmitidas por vectores, se debe garantizar la toma y envío de muestras para estudio histopatológico a la dirección redes en Salud Pública; al igual que la documentación referida en el capítulo “Análisis de muertes por eventos de interés en salud pública” del presente documento al grupo de vigilancia epidemiológica del INS y envío de unidad de análisis en los 45 días calendario siguientes a la notificación del evento.

- Todas las actividades de control vectorial químico, físico y biológico que se planeen desarrollar en los entes territoriales deben estar soportadas en el concepto técnico de la unidad entomológica departamental o distrital.

- En todos los casos probables de fiebre amarilla se debe garantizar la toma y envío de muestras de suero a los laboratorios de virología de la Dirección Redes en Salud Pública del INS, para confirmación diagnóstica mediante cuantificación de anticuerpos respectivamente.

Chagas

- En todo caso de Chagas agudo notificado debe enviarse historia clínica completa, resultados de laboratorio, tratamiento prescrito al paciente e informe de la investigación epidemiológica de campo. Posterior a la notificación se debe enviar informe de seguimiento al tratamiento realizado a los 30 y 60 días del inicio del tratamiento.

- Todo caso confirmado de Chagas debe tener el registro de pruebas de laboratorio positivas (ver protocolo) de lo contrario el caso debe ajustarse conforme a los resultados de laboratorio.

Leishmaniasis

- Realizar y enviar los informes de los estudios de foco para leishmaniasis cutánea en situaciones de brote y nuevos focos

- Realizar y enviar los informes de los estudios de foco para todos los casos de leishmaniasis visceral.

- 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 respectivamente (IFI).

- Realizar el envío de todas las láminas de aspirado de bazo y médula ósea realizadas a todos los pacientes con diagnóstico probable de leishmaniasis visceral, al laboratorio de patología de la Dirección Redes en Salud Pública del INS.

Malaria

- En caso de muerte por malaria se debe enviar 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, así como las actas de las reuniones de análisis para todos los casos de muerte y malaria complicada.

- Implementar el uso del Artesunato como primera línea en el tratamiento de la malaria complicada conforme a la indicación de la guía para la atención clínica integral del paciente con malaria (Resolución 002257 de junio de 2011).

Dengue

- Garantizar la confirmación del 100% de casos de dengue grave 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).

- Las entidades territoriales deben notificar inmediatamente los casos probables de muertes por dengue y realizar los ajustes conforme a los resultados de unidad de análisis.

- Todos los casos de probables y confirmados de muerte por dengue deben tener registro de notificación

bajo el código 220 (dengue grave) y 580 (muerte por dengue).

Chikunguña

- En los municipios donde no hay casos autóctonos confirmados de chikunguña, se seguirá notificando en ficha individual con el código sivegila 217 y deberán enviar muestras al laboratorio de virología para su confirmación; una vez se confirme por laboratorio la circulación autóctona del virus de chikunguña, la notificación se seguirá realizando en ficha colectiva bajo el código sivegila 910 como casos confirmados por clínica.

- Los casos probables de chikunguña en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas y personas con comorbilidades, deben ser notificados de manera individual bajo el código 217 aunque en el municipio ya se esté notificando de manera colectiva.

- Todas las muertes probables por chikunguña deben ser notificadas de manera inmediata bajo el código 217 y deben enviarse muestras de suero y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado y cerebro) para análisis en laboratorios de virología y de patología.

8.1.4.4. Equipo Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades para la vigilancia establecidas en las normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, de la atención del parto y de la atención al recién nacido, la guía de atención para la sífilis gestacional y congénita, la guía de atención del VIH/SIDA, la resolución 0412 de 2000 y sus actualizaciones y el Plan Nacional de Control de las hepatitis virales.

Remitir dentro de las cuatro semanas epidemiológicas después de la notificación del caso, el acta de la unidad de análisis y su plan de mejoramiento en los siguientes casos (ver tabla 3).

Tabla No 3. Casos que requieren envío de unidades de análisis, infecciones de transmisión sexual, Sivigla, 2015.

EVENTO	CASOS QUE REQUIEREN ENVÍO DE REUNIONES DE ANÁLISIS
VIH/SIDA	Casos reportados con mecanismo probable de transmisión: perinatal, transfusión sanguínea, accidente laboral, trasplante de órganos y todas las muertes.
Sífilis gestacional y congénita	Muertes
Hepatitis B, C y coinfección B-Delta	Casos notificados de menores de cinco años y todas las muertes atribuibles a la infección por estos virus.

Fuente. Grupo ITS

- Enviar cada trimestre el seguimiento de dichos planes, a los correos electrónicos lineaminetosins@gmail.com y lineamientosins@ins.gov.co
- Remitir trimestralmente la BAI (ver tabla 1) a los correos electrónicos arriba mencionados.

Sífilis gestacional y congénita

- Generar espacios de análisis por periodo epidemiológico en conjunto con las EAPB, las IPS, las direcciones locales, municipales, distritales y departamentales de salud; para analizar todos los casos de sífilis congénita con el objeto de confirmar que se cumpla con la definición de caso. Las actas de dichas reuniones deben estar disponibles en el momento en que el INS las solicite.
- Realizar los ajustes necesarios a la notificación, de acuerdo con los resultados de las reuniones de análisis.
- Apoyar el desarrollo y seguimiento de las estrategias dirigidas al cumplimiento de la meta de eliminación de la sífilis congénita.
- Generar acciones que promuevan la reducción de la sífilis gestacional a través del seguimiento a contactos y búsqueda de casos de sífilis en la población general.
- Se informa a las entidades territoriales, que teniendo en cuenta la actualización de la guía de manejo integral de la sífilis gestacional y congénita (MSPS),

estos lineamientos estarán sujetos a modificaciones que serán divulgados de manera oportuna.

Hepatitis B

- Informar de manera inmediata a los responsables del programa de salud sexual y reproductiva, sobre los casos de hepatitis B en gestantes para su seguimiento por parte de las EAPB correspondientes. Lo anterior con el fin de garantizar la prevención de la transmisión materno- infantil del virus de la hepatitis B al producto del embarazo.
- El seguimiento a las gestantes seropositivas para hepatitis B se debe realizar con el diligenciamiento de la “Ficha de seguimiento a gestantes diagnosticadas con infección por el virus de la hepatitis B” (el modelo de ficha se adjunta con los presentes lineamientos; el original de ficha debe anexarse a la información de los controles prenatales de la gestante). La información se debe sistematizar en una base de datos en Excel® para realizar dicho seguimiento (modelo de base de datos estará disponible en la página web el INS). Por último de debe enviar copia de la base de datos a los correos electrónicos citados con periodicidad trimestral. Se dispondrá de este recurso en tanto se diseñe la captura de esta información a través del software Sivigila®.
- Trabajar en coordinación con los responsables del programa de salud sexual y reproductiva, la EAPB y la UPGD notificadora del caso, en el seguimiento al

100 % de los RN de madres HBsAg (+) durante el primer año de vida, lo cual incluye el esquema PAI y marcadores serológicos (HBsAg y Anti HBs a partir de los nueve meses de vida). Si tras el seguimiento se confirma un caso de transmisión perinatal de hepatitis B, deberá notificarse en la ficha 340 del Sivigila.

- Todo caso de hepatitis B, C o co-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, Co-infección hepatitis B/Delta, y hepatitis C).

VIH / SIDA

- Todos los casos de VIH confirmados por laboratorio deberán ser reportados en la ficha 850 y las gestantes e hijos de madres que viven con el VIH deben ser reportados a la “Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita” del MSPS, sin importar su diagnóstico final.

- 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 evidencia de transmisión perinatal, se debe indagar sobre un posible abuso sexual en el menor u otros mecanismos de transmisión.

- Ante todo caso confirmado de VIH/SIDA se debe investigar la co-infección con Tuberculosis.

- Realizar los ajustes que sean necesarios de los casos notificados al Sivigila, teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en las reuniones de análisis.

- Trabaja en conjunto con los responsables del programa de salud sexual y reproductiva en la implementación de los Indicadores de alerta temprana para la farmacorresistencia del VIH, en población adolescente y adulta, con el propósito de identificar puntos críticos en la calidad de la atención a los pacientes (remitirse al protocolo y guía de implementación de los Indicadores

de alerta temprana).

- Apoyar la implementación de la metodología de la triangulación en el análisis territorial frente a la respuesta al VIH/SIDA (remitirse a la guía de recursos para la triangulación del VIH de la OPS).

- Se informa a las entidades territoriales, que teniendo en cuenta la actualización de la guía de manejo integral del VIH/SIDA (MSPS), estos lineamientos estarán sujetos a modificaciones que serán divulgados de manera oportuna.

8.1.4.5. Equipo Zoonosis

Teniendo en cuenta la importancia de las zoonosis y del trabajo interinstitucional e intersectorial para la vigilancia, prevención y control de estos eventos, se plantean las siguientes recomendaciones para las entidades territoriales:

- Que los Consejos Territoriales (Seccionales) de Zoonosis (CTZ) sesionen trimestralmente de manera ordinaria, con el fin de priorizar las zonas de riesgo e intervenciones de promoción, prevención y control de acuerdo con las competencias establecidas por ley, además de evaluar el cumplimiento de los compromisos establecidos para el trabajo intersectorial.

- Para el caso de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y contacto con el virus de la rabia y rabia animal, todo el personal que desarrolla actividades de prevención y control en zoonosis debe utilizar adecuadamente los elementos de protección personal, además de garantizar el bienestar de los animales bajo observación o sujetos a intervenciones o procedimientos para diagnóstico, entre otros.

- Para el desarrollo de actividades de prevención y eliminación de la rabia por variante antigénica 1 (V1) en perros y gatos se debe:

- Estimar anualmente la población de perros y gatos en cada uno de los municipios, de tal manera que

se puedan proyectar las actividades a realizar según competencias. Para la estimación de las poblaciones propuestas se debe tener en cuenta la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social e informar al Programa en el primer mes del 2015.

- Una de las principales estrategias para alcanzar la meta de eliminación de la rabia urbana (V1), es la aplicación de una dosis de vacuna antirrábica en perros y gatos después de cumplir los tres meses de edad, dosis que no cuenta para el esquema anual de vacunación antirrábica, por tanto debe recibir otra dosis al cumplir el año de vida y continuar con la aplicación de una dosis cada año, la cual puede recibir a través de jornadas masivas de vacunación y campañas de mantenimiento, las cuales se deben realizar todos los años con el fin de lograr como mínimo una cobertura de vacunación antirrábica del 80%. Se debe tener en cuenta la vacunación que realizan las clínicas veterinarias, almacenes agropecuarios o la asistencia médica veterinaria particular, entre otras.

• Para el desarrollo de actividades de prevención y atención integral en humanos:

- La entidad territorial debe verificar que el esquema de vacunación pre exposición en las personas expuestas a riesgo ocupacional sea aplicado y se encuentre vigente, actividad que debe ser coordinada con la administradora de riesgos laborales de cada uno de los trabajadores.

Los individuos que se encuentran en riesgo son los trabajadores del área de laboratorio de diagnóstico de rabia y el personal involucrado en actividades de salud pública (técnicos, vacunadores, médicos, médicos veterinarios, zootecnistas, biólogos, otros profesionales de la salud).

- Por otra parte, en zonas dispersas, con dificultades en el acceso a los servicios de salud y presencia de murciélagos, antecedentes de mordeduras en humanos por estas especies y circulación viral confirmada, las entidades territoriales pueden realizar jornadas de vacunación antirrábica pre exposición en

dichas comunidades, garantizando en todo momento la red de frío.

• Para accidente ofídico y accidentes por otros animales venenosos:

- Según distribución de las serpientes venenosas en los diferentes municipios, en el caso de presencia de ofidios del género *Micrurus* (corales), se debe tener disponible el suero anticoral específico para el manejo de estos accidentes; además, se recuerda que los centros reguladores de urgencias y emergencias pueden facilitar el proceso de referencia y contrareferencia de los pacientes así como, la consecución de suero en caso de no disponibilidad por parte de las IPS.

- Se debe tener en cuenta que el suero antiofídico es un medicamento esencial y está cubierto por el plan obligatorio de salud (POS), por lo que es obligación por parte de las EAPB e IPS garantizar la disponibilidad del medicamento, para la atención adecuada y oportuna de los casos. Si el afectado no se encuentra afiliado, el Estado está en la obligación de proveer el suero.

- Las entidades territoriales deben verificar la existencia de sueros para el manejo del envenenamiento por alacranes, arañas y orugas en las UPGD de su área de influencia. En este caso se debe tener en cuenta que el CRUE departamental, puede brindar orientación sobre la consecución de estos sueros.

Vigilancia epidemiológica

La ficha de rabia animal (código INS 650) debe ser empleada para el envío de muestras de cerebro de animales con signos compatibles con rabia, para el procesamiento por técnicas de laboratorio disponibles; una vez se cuente con el resultado de laboratorio se deben realizar los ajustes pertinentes.

La ficha de vigilancia de la rabia por laboratorio (código INS 652) se debe utilizar para el envío de muestras de cerebros de animales que aparezcan muertos en vía pública o que mueran sin causa clara en consultorios, clínicas veterinarias y centros de zoonosis, entre otros; luego del resultado de laboratorio, es necesario realizar ajuste.

Cuando se reciba el reporte de un foco de rabia en animales de producción (bovinos, equinos, porcinos, etc.), la dirección local de salud debe realizar dentro de las 48 horas siguientes a la notificación, la investigación de campo para identificar personas o animales expuestos al virus de la rabia, para realizar las acciones descritas en el protocolo de vigilancia.

Notificación

La información derivada del programa para la prevención y control de la rabia, debe ser informada al Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los flujos y procedimientos establecidos por dicha institución, esta información ya no será notificada a través del Sivigila (código INS 680); la última notificación que será realizada por medio de este aplicativo será en el mes de enero de 2015, en el cual se informarán las actividades de diciembre de 2014 y el consolidado 2014.

Los eventos rabia humana y agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia se unificaron en una sola ficha de notificación, dado que los dos eventos comparten variables de interés y se busca que el sistema de vigilancia sea mucho más simple para todos los usuarios. El nuevo código para la notificación es el 307 (Vigilancia Integrada de la Rabia Humana), donde la primera parte de la ficha, que corresponde a los componentes: relación con datos básicos, clasificación de la agresión, datos de la agresión o contacto, de la especie agresora, antecedentes de inmunización del paciente y datos del tratamiento ordenado, debe ser diligenciada en el caso de las agresiones o contactos, excluyendo los componentes: datos clínicos y datos de laboratorio; para los casos de rabia humana se debe diligenciar la totalidad de la nueva ficha.

Toda mordedura ocasionada por especies como: humanos, ratas, ratones, ardillas, conejos y otros animales potencialmente transmisores de rabia (perros, gatos, murciélagos, etc.) o contacto con el virus de la rabia debe ser reportada al Sivigila; la clasificación inicial siempre debe ser confirmado por clínica (atributo 4).

Para el evento agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia o contacto con el virus de la rabia, es necesario que se realicen los ajustes utilizando únicamente el atributo 7 (otros ajustes), por tanto no se deben utilizar los ajustes 6 ni D. Se aclara que la clasificación final de una agresión o contacto ocasionada por un animal potencialmente transmisor de rabia, sigue siendo confirmado por clínica, por tanto en el ajuste final son modificables las demás variables incluyendo el tipo de exposición, más no la clasificación del caso, pues continua siendo una agresión o contacto que es el evento bajo vigilancia.

Se recuerda que las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia se deben notificar desde la IPS que atiende el caso de forma inmediata a los responsables de la vigilancia del área de influencia, con el objetivo de verificar la información y realizar seguimiento a los agresores (perros y gatos). Durante y al final del seguimiento se debe retroalimentar el estado del animal o su condición final por parte del médico veterinario o técnico de saneamiento a la IPS, esto permite dar uso adecuado al tratamiento según la clasificación de la agresión y cierre de los casos.

Accidente ofídico

Todo paciente que sufra accidente ofídico debe ser manejado hospitalariamente con el tratamiento específico (suero antiofídico), por lo tanto es necesario que trimestralmente las entidades territoriales realicen un análisis de los pacientes que no han sido hospitalizados y no han recibido el suero antiofídico con el fin de generar acciones de mejora en las instituciones involucradas en la atención de los casos.

Las muertes por accidente ofídico se deben notificar 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.

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).

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.

Todo caso de muerte sospechoso por leptospirosis se debe estudiar y analizar con el fin de confirmar o descartar el caso, de acuerdo con las recomendaciones para el análisis de los casos de muerte por los eventos de interés en salud pública.

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.

Ante los casos probables de encefalitis equinas en humanos o animales, el grupo de salud ambiental y epidemiología deben realizar la investigación de campo teniendo en cuenta la participación del sector pecuario (ICA) y teniendo en cuenta las circulares vigentes y el protocolo de vigilancia.

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 los equipos territoriales reciben un reporte por parte del ICA, de un predio con animales

con 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 IEC con la comunidad afectada.

Otros eventos de zoonosis

La peste, la rickettsiosis, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, el carbunco y cualquier otra zoonosis con alto riesgo de transmisión (animal-humano o humano-humano), así corresponda a un caso aislado, exótico u otros, debe ser informado inmediatamente al grupo de zoonosis del Instituto Nacional de Salud de acuerdo con el flujo de información para instaurar las medidas preventivas y de control a que haya lugar en aras de recibir la orientación técnica necesaria.

Cualquier muerte producida por un accidente con un animal venenoso o ponzoñoso, se debe notificar de inmediato al INS, además de remitir los documentos requeridos para la investigación del caso.

Búsquedas Activas Institucionales

Se debe realizar BAI de los eventos vigilancia integrada de la rabia humana, accidente ofídico, leptospirosis y encefalitis equina, según cronograma establecido (ver tabla 4).

Se recomienda tener en cuenta principalmente lo relacionado con el tratamiento de los casos de agresiones o contactos con el virus de la rabia con el fin de garantizar el manejo antirrábico adecuado. Las búsquedas activas permiten identificar casos que no han sido notificados al Sivigila, de esta manera y de acuerdo con cada evento se pueden adelantar actividades de promoción, prevención, control y educación con la comunidad.

Tabla 4. Eventos de zoonosis y periodicidad de las BAI para 2015

Eventos	Periodicidad	Envío al INS	Fuentes BAI		
			RIPS	Estadísticas vitales	Laboratorios
Agresiones o contactos	Trimestral	15-04-2015 15-07-2015 15-11-2015 15-01-2016	x	x	
Accidente ofídico	Trimestral	15-04-2015 15-07-2015 15-11-2015 15-01-2016 Informe y plan de mejoramiento	x	x	
Leptospirosis	Trimestral	15-04-2015 15-07-2015 15-11-2015 15-01-2016	x	x	x
Encefalitis equinas	Trimestral	15-04-2015 15-07-2015 15-11-2015 15-01-2016	x	x	

8.1.4.6 Equipo Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)

Las entidades territoriales que presenten brotes de fiebre tifoidea/paratifoidea, hepatitis A y ETA que cumplan con los criterios de notificación inmediata, deberán enviar al equipo ETA del INS al correo electrónico eta.agua@gmail.com, los planes de mejoramiento generados a partir de la investigación epidemiológica de campo, teniendo en cuenta los factores de riesgo detectados y las medidas sanitarias aplicadas. La elaboración y seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento es de responsabilidad de equipo que realiza la investigación epidemiológica de campo en compañía de INVIMA, cuando la situación identificada así lo amerite.

Las unidades notificadoras departamentales y distritales que hayan permanecido silenciosas mayor a un periodo epidemiológico (cuatro semanas

epidemiológicas) en la notificación colectiva de ETA, notificación individual de fiebre tifoidea, paratifoidea y hepatitis A deberán realizar BAI en la totalidad de sus UPGD.

Para cólera se debe realizar la BAI cada periodo epidemiológico

Las unidades notificadoras departamentales (UND) deberán realizar unidades de análisis de grupo funcional (vigilancia y laboratorio) con el objeto de verificar la similitud del número de brotes notificados al SIVIGILA y las muestras biológicas procesadas para identificación de agentes etiológicas procedentes de brotes de ETA (diligenciamiento del anexo 1), con una periodicidad mensual y envío trimestral del informe de las reuniones con los hallazgos y los planes de mejoramientos al correo: eta.agua@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com.

Primer envío 30 de marzo 2015
Segundo envío 30 de junio 2015
Tercer envío 30 de septiembre 2015
Cuarto envío 26 de diciembre 2015

La entidad territorial departamental o distrital, según el caso, debe enviar al INS copia del informe preliminar e informes de avance de la investigación de brote, dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del evento, para lo anterior, debe usarse la estructura de los informes de 24 horas, 72 horas e informe final dispuestos por el INS.

El envío del informe final debe hacerse dentro de las cuatro semanas siguientes a la ocurrencia del brote, con los anexos correspondientes a resultados de laboratorio.

La entidad territorial departamental o distrital deberá analizar su base de datos individuales (cód. 355) por periodo epidemiológico, con el fin de configurar brotes.

Cólera

Debe darse continuidad y fortalecimiento de las acciones correspondientes a la vigilancia intensificada de cólera, enfermedades transmitidas por alimentos y EDA en las entidades territoriales priorizadas, según directrices contempladas en las siguientes circulares y comunicados:

2010	Circular 4000-2-4398 del 18 de noviembre de 2010. Asunto: acciones de intensificación de la vigilancia de los eventos ETA, EDA y Cólera. (Vigilancia intensificada).
2012	Circular 1000-0045 de 13 de julio de 2012 del Instituto Nacional de Salud. Asunto: sostenibilidad de las acciones de intensificación de la vigilancia de ETA, EDA y Cólera. Alerta por casos de cólera en Cuba, rebotes en Haití y República Dominicana.
2013	Comunicado 26 de marzo. Asunto: seguimiento a las acciones de la vigilancia intensificada de ETA, EDA y Cólera. Circular 1000-003 14 de agosto de 2013. Asunto: sostenibilidad y fortalecimiento de las acciones de vigilancia intensificada de Cólera en el país. Comunicado: 4000-31 octubre 2013. Asunto: fortalecimiento en la notificación de casos sospechosos de cólera.

Para dar cumplimiento a lo anterior debe tenerse en cuenta el protocolo de vigilancia, el cual debe operar en todas las entidades territoriales según su definición operativa de caso.

Por lo anterior se dan a conocer las siguientes directrices:

Proceso de notificación: la notificación de un caso sospechoso y y toda muerte por EDA en niño de

cinco o más años, de origen etiológico desconocido, debe realizarse de manera inmediata a través de la ficha individual de cólera código 200 (datos básicos y complementarios).

A todo caso sospechoso y muerte por EDA de origen desconocido deberá realizarse recolección de muestras e investigación epidemiológica de campo en las primeras 24 horas según lineamientos.

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 INS 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:

1. Se realizará la BAI con base a los siguientes códigos CIE 10.

Código CIE 10	Nombre
A000	COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAE O1, BIOTIPO CHOLERAE
A001	COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAE O1, BIOTIPO EL TOR
A009	COLERA NO ESPECIFICADO
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

2. Una vez realizada la búsqueda seleccionar los siguientes criterios:

- Edad: seleccionar pacientes mayores de 5 años.
- Servicio de consulta: seleccionar servicios de urgencias y hospitalización.
- Realizar la revisión de historias clínicas, de acuerdo con la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia.

3. La BAI debe realizarse cada periodo epidemiológico. Si dentro de este proceso se encuentra un caso sospechoso de cólera en un tiempo menor a 30 días se debe recolectar muestra y notificar al Sivigila.

Morbilidad en todos los grupos de edad y mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años

El objetivo del evento es desarrollar el seguimiento continuo y sistemático para la vigilancia de la mortalidad por EDA en población menor de cinco años y la morbilidad general en todos los grupos de edad, mediante el proceso de notificación pasiva y activa (BAI y RUAF para los casos de mortalidad en todos los grupos de edad; BAI y RIPS para la morbilidad general) y recolección y análisis de los datos, con el fin de generar información oportuna válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención y control del evento.

La vigilancia de la EDA actualmente en el país se encuentra bajo vigilancia especial asociada a la vigilancia de cólera y las ETA, debido a la situación que se ha presentado en Haití desde el 2010 y que posteriormente se propagó debido al comercio internacional y al turismo a algunos países de las Américas (República Dominicana, Venezuela, Cuba, México, EE.UU., Chile) y del mundo.

Es primordial llevar a cabo el seguimiento a los casos de muertes en todos los grupos de edad y efectuar la notificación al Sivigila, en el caso de los menores de 5 años utilizando el código 590 (notificación individual) y utilizando el código 998 del Sivigila se deben notificar la totalidad de casos (colectivos) en todos los grupos de edad.

En todo caso de mortalidad por EDA en menores de cinco años debe desarrollarse de manera inmediata, la respectiva investigación de campo, las unidades de análisis institucionales, municipales y finalizar con la unidad departamental o distrital en la cual se determinan las causas de la muerte.

Se debe aplicar el formato de análisis de la ruta de la vida y elaborar el respectivo plan de mejoramiento con sus respectivas tareas, fechas de cumplimiento y responsables de cada actividad. Por otra parte las UPGD deben:

- Realizar la notificación inmediata de todo caso de muerte por EDA en menores de cinco años y todo caso de muerte por EDA en todos los grupos de edad que cumpla con la definición de caso sospechoso de cólera. Verificar la calidad de la información consignada en la ficha y su correlación con el certificado de defunción expedido en el caso.
- Notificar de manera semanal al Sivigila la presencia o ausencia de casos de muertes por EDA en menores de cinco años empleando la ficha de notificación individual datos básicos (código 590) establecida y sumar todos los casos en la morbilidad por EDA utilizando la ficha de notificación colectiva (código 998).
- Notificar posterior a la realización de la unidad de análisis todos los casos de muerte por EDA en menores de cinco años al Sivigila, con los datos de la investigación de campo y las conclusiones de la unidad de análisis, empleando la ficha de notificación de datos complementarios o de investigación de campo (código 595) establecida.

Las entidades territoriales deben:

- Elaborar tendencias del comportamiento de la notificación de morbilidad por EDA con el fin de detectar tempranamente cambios que puedan sugerir la presencia o no de un brote. Implementar las acciones de vigilancia establecidas ante la presencia de EISP y que por su comportamiento puedan considerarse una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII).
- Desarrollar búsquedas activas institucionales a partir de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) en las entidades territoriales de carácter municipal y departamental en las cuales se observe cualquier cambio en la tendencia de la notificación de casos.
- Llevar a cabo la correspondencia por periodo epidemiológico con los datos de las muertes registradas en el RUAF y las muertes por EDA en menores de cinco años notificadas al Sivigila.

• La notificación de la morbilidad por EDA en todos los grupos de edad se hará de manera colectiva semanal utilizando el código 998 del Sivigila, captando la información 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, UCI y consulta externa y urgencias, esta debe ser realizada en todas las UPGD notificadoras del país sin interrupción, independiente del nivel de complejidad. Deben tenerse en cuenta los códigos CIE 10: A048, A049, A053, A058, A059, A084, A085, A09X, A000, A001, A009, K580 y K591.

• En los casos de muerte por EDA en población mayor de cinco años y en los cuales no se haya identificado la causa principal o la patología que ocasionó la defunción, debe notificarse como un caso sospechoso de cólera dependiendo del momento en que se encuentre el país de acuerdo al comportamiento de esta patología.

8.1.4.7 Equipo Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), 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 IAAS, Resistencia bacteriana y consumo de antimicrobianos 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 de 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.

- El equipo de prevención, vigilancia y control de IAAS de las UPGD deberán a través de la estrategia de vigilancia establecida en los protocolos del INS detectar y confirmar oportunamente los casos de Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) para implementar las medidas de prevención y control; así mismo deberán consolidar la información en los primeros diez días

del mes siguiente al mes vigilado para mejorar la oportunidad en la notificación.

- A partir de enero de 2015 los tiempos de notificación de las IAD, resistencia y Consumo de antibióticos para todos los actores del Sistema de Vigilancia serán los siguientes:

Tabla 5. Flujo de información y notificación de la vigilancia Nacional de Infecciones asociadas a dispositivos, resistencia bacteriana y consumo de antibióticos, Sivigila, 2015

Nivel	Flujo de información	Notificación de la vigilancia Nacional de IAD, Resistencia Bacteriana y Consumo de antibióticos		
		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	Aplicativo web IAAS Bases de datos Whonet		
	UNM- UND		Aplicativo web IAAS Bases de datos Whonet	
	UND- INS			Aplicativo web IAAS Bases de datos Whonet
Distrital	UPGD- UN Distrital	Aplicativo web IAAS Bases de datos Whonet		
	UN Distrital - INS			Aplicativo web IAAS 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.

- 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.

- 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 INS; de igual manera deberán dar cumplimiento a las directrices (Circular 021 de 2014) para el envío de aislamientos a la Red Nacional de Laboratorios del INS y deberán gestionar la adquisición de sus respectivos insumos para la

detección fenotípica de los mecanismos de resistencia de mayor impacto en la salud pública.

- 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, así como la caracterización epidemiológica de la situación presentada, para dar cumplimiento al Reglamento Sanitario Internacional, al Decreto 3518 de 2006, a la Circular 043 de 2013 del INS y demás directrices del nivel nacional.

- Los Laboratorios de Salud Pública serán responsables de la capacitación continua en la vigilancia de la resistencia bacteriana a su respectiva red de hospitales incluyendo el seguimiento al proceso

de apertura y diligenciamiento de las columnas de pruebas complementarias e infecciones asociadas a la atención en salud en el aplicativo Whonet, de acuerdo con las directrices del nivel nacional.

8.1.5. Grupo factores de riesgo ambiental

8.1.5.1. Equipo Intoxicaciones agudas por sustancias químicas

Para hacer operativa la vigilancia de las intoxicaciones por sustancias químicas se han definido ocho grupos de sustancias, 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. Los grupos de sustancias definidos son:

Grupo de sustancias	Código hasta 2014	Código 2015
Plaguicidas	360	365
Medicamentos	370	
Metanol	380	
Metales	390	
Solventes	400	
Otras sustancias químicas	410	
Gases	412	
Sustancias psicoactivas	414	

Hasta el año 2014 la notificación de las intoxicaciones se hacía al código al cual pertenecía la sustancia implicada. Para el año 2015 se decidió unificar el código de notificación (365) conservando los ocho grupos de sustancias químicas en la nueva variable grupo de sustancia química implicada, manteniendo de esta forma la identificación del grupo al cual pertenece la sustancia que causó la intoxicación para el análisis del evento y facilitando los ajustes a las entidades territoriales de salud.

Con base a lo anterior, el evento de intoxicaciones por sustancias químicas tendrá un periodo de transición en el cual los referentes deberán revisar las bases de los códigos inicialmente establecidos mientras se actualizan todos los operadores al Sivigila versión

2015. Por otra parte, una vez actualizado el sistema a Sivigila 2015, los anteriores códigos permitirán únicamente la realización de ajustes y no la notificación a través de éstos.

Se deben notificar al INS de manera inmediata las alertas epidemiológicas y los brotes de intoxicación por sustancias químicas. Estos deben ser notificados e investigados por parte de las unidades notificadoras municipales, dentro de las 24 horas siguientes a su ocurrencia. A su vez la UND deberá informar de manera telefónica (3505531390 ó 2207700 extensión 1432-1433), 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, según el caso debe enviar la alerta epidemiológica de manera inmediata al INS, copia del informe de la investigación de brote, dentro de las 24 y 72 horas siguientes a la ocurrencia del evento, para lo cual debe usarse la estructura de los informes de 24 y 72 horas e informe final dispuestos por el INS.

El envío del informe final debe hacerse 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.

La entidad territorial departamental o distrital deberá analizar 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.

8.1.6. Grupo No transmisibles

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

Mortalidad materna WEB

Realizar la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna a partir de la fuente estadísticas vitales (RUAF ND y certificados de defunción en físico) a través de la herramienta web para vigilancia de la mortalidad materna, de acuerdo a los procesos establecidos en el protocolo de vigilancia epidemiológica para la identificación, notificación e ingreso al aplicativo de casos confirmados, dudosos y descartados. Se mantendrá de forma conjunta la notificación de casos en la ficha de notificación 550, una vez se consolide el proceso en web se determinara el bloqueo de la respectiva ficha.

Informe anual departamental/distrital de maternidad segura 2014

Este tipo de análisis agregado permite a las entidades territoriales realizar el monitoreo del comportamiento de los eventos y caracterizar 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 debe contener el análisis integrado de los eventos de mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía con fecha de corte a 31 de diciembre de 2014, teniendo en cuenta el cierre de las bases de datos de Sivigila (establecida en el lineamiento nacional). Se debe realizar bajo los parámetros descritos en la guía de elaboración de informe anual y debe ser parte integral del informe de análisis trimestral del componente de SIVIGILA. Fecha de envío: 2 de marzo de 2015.

Informe anual por EAPB de maternidad segura 2014

Este tipo de análisis permite a las empresas administradoras de planes de beneficio realizar el monitoreo del comportamiento de los eventos y caracterizar 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 debe contener el análisis de los eventos de mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal y neonatal tardía con fecha de corte a 31 de diciembre de 2014, teniendo en cuenta el cierre de las bases de datos de Sivigila (establecida en el lineamiento nacional). Se debe realizar bajo los parámetros descritos en la guía de elaboración de informe anual (Anexo 2 - Guía informe anual aseguradoras).

Fecha de envío: 2 de marzo de 2015

Informe trimestral del seguimiento de los procesos de vigilancia en salud pública de maternidad segura (Departamento/Distrito)

El informe trimestral se generará como una herramienta para realizar seguimiento del comportamiento de los eventos en maternidad segura en el departamento/distrito. En este se realizará un resumen de la situación de los tres eventos en máximo 5 hojas, incluyendo el seguimiento a los indicadores de proceso y de resultado de cada uno de ellos. Se deberá realizar con una periodicidad trimestral y acumulada.

Informe trimestral del seguimiento de los procesos de vigilancia en salud pública de maternidad segura (EAPB)

El informe trimestral se generará como una herramienta para seguimiento monitoreo del comportamiento de los eventos en maternidad segura en las empresas administradoras de planes de beneficio. En este se realizará un resumen de la situación de los tres eventos en máximo 5 hojas, incluyendo el seguimiento

a los indicadores de resultado de cada uno de ellos. Se deberá realizar con una periodicidad trimestral y acumulada.

Búsqueda Activa Institucional

La búsqueda activa institucional para los eventos de maternidad segura se realizara a través de la revisión de los registros en estadísticas vitales para el caso de mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía; para el evento de morbilidad materna extrema se realizará a través de la revisión de registros de consulta extrema, urgencias, hospitalización y laboratorios clínicos por medio de la herramienta SIANIESP (ver protocolo de vigilancia de cada uno de los eventos).

Las UPGD realizaran esta actividad de forma semanal, los municipios, departamentos y distritos la realizaran la verificación con una periodicidad mensual. Se enviará el consolidado acumulado de forma trimestral al INS organizado en los formatos establecidos (Anexos 3 – BAI MM, Anexo 4 BAI MPNT, 5 –BAI MME).

Evento	Periodicidad	Envío al INS desde la entidad territorial	Fuentes	
			Estadísticas vitales	RIPS (SIANIESP)
Mortalidad materna	Semanal Mensual	Consolidado trimestral acumulado*	x	
Morbilidad materna extrema	Semanal Mensual	Consolidado trimestral acumulado		x
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Semanal Mensual	Consolidado trimestral acumulado	x	

Búsqueda Activa Comunitaria (Vigilancia comunitaria)

Desarrollar a nivel municipal el proceso de búsqueda activa comunitaria de probables casos de muertes maternas, perinatales, neonatales y casos de morbilidad materna extrema a partir de procesos de vigilancia comunitaria, actividades extramurales del plan de intervenciones colectivas PIC y/o actividades de atención primaria en salud APS. Se anexa ficha de

búsqueda e información comunitaria para eventos y alertas de salud materna e infantil (Anexo 6 – Ficha vigilancia comunitaria).

Las búsquedas activas comunitarias se deben consolidar mensualmente por parte de las secretarías departamentales o distritales de salud y se enviaran de forma trimestral al INS (Anexo 7 – Base de datos vigilancia comunitaria eventos maternidad segura).

Comité trimestral departamental/distrital de maternidad segura

Se debe realizar mínimo un comité de vigilancia epidemiológica (COVE) trimestral de maternidad segura departamental o distrital.

El COVE debe ser precedido por el (la) Secretario(a) 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.

Convocar a instituciones como: Instituto Nacional de Medicina Legal, regional del DANE, Secretaria de Educación y las demás que se considere necesario convocar.

Enviar al INS acta de COVE con lista de participantes de forma trimestral.

Análisis individual de casos

La vigilancia de los eventos en maternidad segura en el país: mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía y morbilidad materna extrema se consideran eventos de gran impacto en salud pública ya que pueden relevar el grado de desarrollo del país y determinar mayores grados de inequidad social y económica en nuestra población.

Por esto, es trascendental que esta información sea analizada de forma completa y oportuna, permitiendo la identificación de puntos críticos y factores determinantes en cada uno de los eventos, generando planes de acción que permitan mejorar las condiciones en las gestantes y sus hijos, aportando así en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en los cuales se plantea mejorar la salud materna y la salud infantil.

Análisis Interdepartamentales

Para casos de muertes maternas y morbilidad materna extrema (si el caso de MME es priorizado para análisis individual) en donde el departamento de ocurrencia sea diferente al de residencia, estas dos entidades territoriales se deberán articular para realizar el análisis conjunto del caso junto con las instituciones implicadas en la atención en salud. Para el desarrollo de la unidad de análisis conjunta, el departamento de residencia será el encargado de realizar la convocatoria.

Mortalidad materna

El análisis individual de mortalidad materna debe realizarse en el 100% de los casos e involucrar a todas las entidades territoriales e instituciones (incluidas aseguradoras) que sean requeridas y que hayan hecho parte de la ruta seguida por la mujer fallecida.

Se enviará al INS, máximo 45 días posteriores a la fecha de notificación del caso, la documentación completa de las unidades de análisis individual de casos (entrevista familiar, autopsia verbal -cuando se requiera-, resumen de atenciones clínicas, reporte de necropsia clínica, copia de certificado de defunción, acta de unidad de análisis bajo las categorías mujer, familia, comunidad, servicios de salud y plan de acción).

Para las entidades territoriales que inician la implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna Basada en la Web (SVEMMBW) esta información queda consolidada en el aplicativo web.

La descripción completa del proceso de unidades de análisis individual de casos de muerte materna, los documentos requeridos, los formatos de entrevista familiar, autopsia verbal, resumen de atención clínica de la mujer fallecida y análisis técnico del comité, así como toda la información del proceso se encuentra en el protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Las UPGD harán el análisis del 100% de los casos que se notifiquen en la institución y deberán realizar la retroalimentación oportuna a la UPGD de donde fue remitido el caso cuando aplique.

Los municipios, departamentos y distritos realizarán las unidades de análisis de casos individuales de forma mensual **de acuerdo al porcentaje establecido y los criterios de priorización descritos en el protocolo de vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía.**

La documentación completa de las unidades de análisis departamentales y distritales se enviara al INS con una regularidad mensual.

Morbilidad materna extrema

Las UPGD realizarán el análisis de los casos que se notifiquen en la institución de acuerdo al porcentaje y los criterios de priorización establecidos en el protocolo de vigilancia como acción prioritaria para la identificación y mejora oportuna de puntos críticos en la atención materno-perinatal de la institución. De igual forma, deberán participar activamente en las unidades de análisis municipal o departamental/distrital cuando el caso sea priorizado para análisis en estos niveles.

Las secretaría de salud departamentales, distritales y municipales realizarán de forma mensual el análisis individual de casos, **de acuerdo con el porcentaje y los criterios de priorización establecidos en el protocolo de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema.**

La documentación completa de las unidades de análisis departamentales y distritales se enviara al INS con una regularidad mensual.

Seguimiento a casos de Morbilidad Materna Extrema

Se realizará el seguimiento a la totalidad de los casos de morbilidad materna extrema notificados en el territorio nacional. Este seguimiento será

responsabilidad de las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB) de afiliación de acuerdo a los criterios y tiempos establecidos en el protocolo de vigilancia del evento. En los casos en los que las mujeres no se encuentren afiliadas, el seguimiento será responsabilidad del municipio de residencia de la paciente.

La información de los seguimientos realizada por las EAPB o municipios será un insumo para el análisis individual de los casos priorizados por la entidad territorial. La información consolidada del seguimiento de los casos se enviará al INS con una regularidad trimestral.

Necropsia clínica de casos de muerte materna, perinatal y neonatal tardía

• Normatividad

El **Decreto 0786 de 1990** reglamenta la práctica de autopsias o necropsias clínico y medico legales, definiéndola como: “procedimiento mediante el cual, a través de observación, intervención y análisis de un cadáver, en forma tanto externa como interna y teniendo en cuenta, cuando sea del caso, el examen de las evidencias o pruebas físicas relacionadas con el mismo, así como las circunstancias conocidas como anteriores o posteriores a la muerte, se obtiene información para fines científicos o jurídicos” (Decreto 786 de 1990). Adicionalmente establece la siguiente clasificación: 1) Médico legales, cuando se realizan con fines de investigación judicial y 2) Clínicas, en los demás casos.

Entre los objetivos de las necropsias clínicas (Capítulo V - Art. 15) se encuentran:

- Establecer las causas de la muerte, así como la existencia de patologías, asociadas y otras particularidades del individuo y de su medio ambiente;
- Aportar la información necesaria para diligenciar el certificado de defunción.
- Confirmar o descartar la existencia de una entidad patológica específica.

- Determinar la evolución de las patologías encontradas y las modificaciones debidas al tratamiento en orden a establecer la causa directa de la muerte y otras entidades patológicas concomitantes con la causa básica
- Efectuar la correlación entre los hallazgos de la autopsia y el contenido de la historia clínica correspondiente, cuando sea del caso.

Según el artículo 16 del Capítulo V, podrá practicarse la autopsia aun cuando no exista consentimiento de los deudos en casos de emergencia sanitaria o en aquellos en los cuales la investigación científica con fines de salud pública así lo demande y en los casos en que la exija el médico que deba expedir el certificado de defunción.

Las necropsias clínicas podrán ser practicadas (Cap. V - Art 17) por:

- Médicos designados para tales fines por la respectiva institución médico - asistencial, de preferencia patólogos o quienes adelanten estudios de post - grado en patología.
- El médico que deba expedir el certificado de defunción cuando la autopsia constituya una condición previa exigida por el mismo.

El **Decreto 3518 del 2006** (Art. 28 – Parágrafo) establece: “para la confirmación posterior de las causas de muerte que no hayan sido clarificadas y donde el cuadro clínico previo sea sugestivo de algún evento sujeto a vigilancia o que sea considerado de interés en salud pública, será de obligatorio cumplimiento la realización de necropsias y la toma de muestras de tejidos”. De igual forma se indica: “La institución que realice el procedimiento deberá garantizar la calidad de la toma, el almacenamiento y envío adecuado de las muestras obtenidas al laboratorio pertinente, así como el reporte oportuno de la información en los protocolos definidos para tal fin.”

Mortalidad materna

Se realizará necropsia al 100% de los casos de muerte materna, amparado en el parágrafo del artículo 28 del Capítulo III del decreto 3518 del 2006, para la confirmación de las causas de muerte que no hayan sido clarificadas y donde el cuadro clínico previo sea sugestivo de algún evento sujeto a vigilancia o de interés en salud pública.

Es vital considerar la comunicación médico- familiar en los casos que requieran necropsias debe ser prudente, respetuosa y realizada por un profesional entrenado en el manejo social del duelo familiar, aclarando la importancia de realizar el proceso de necropsia que permita identificar la verdadera causa de muerte materna y determinar planes de acción que mejoren la calidad de la atención en la población gestante.

El reporte de necropsia clínica en los casos de muerte materna deberá ser entregado en el tiempo requerido para la realización de la unidad de análisis de cada caso, con lo cual se pueda determinar de manera pronta la causa de muerte materna en estudio y tomar las acciones de mejora del caso.

Se anexa formato de información a la familia para la realización de necropsia clínica en casos de muertes maternas y perinatales (Anexo 8).

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Se realizará necropsia al 100% de los casos de muerte perinatal y neonatal tardía donde la causa de la muerte no sea clara. Para los casos de mortinato (muerte in útero después de las 22 semanas de gestación) el estudio patológico se realizara tanto al feto como a la placenta.

Si las muertes son producto de lesiones de causa externa o muertes violentas se procederá a realizar necropsia médico legal.

Las fechas de envío de documentación consolidada frente a cumplimiento de lineamientos por parte de departamentos y distritos son:

Trimestre	Fecha de envío
Primer trimestre	30 de abril de 2015
Segundo trimestre	31 de julio de 2015
Tercer trimestre	30 de octubre de 2015
Cuarto trimestre	30 de enero de 2016

8.1.6.2 Equipo crónicas

Enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, diabetes y EPOC)

Las entidades territoriales deberán enviar la base de datos que contiene los registros individuales de prestación en servicios de salud (RIPS), de los casos identificados como enfermedades crónicas no transmisibles (Enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y EPOC), que son de interés para la vigilancia en salud pública, los cuales serán detectados en el total de los registros (RIPS) de cada unidad primaria generadora de datos (UPGD). La gestión de la información estará a cargo de cada una de las entidades territoriales, quienes solicitarán la información completa de los RIPS a cada una de las UPGD; esta información se deberá entregar en archivo plano como se especifica en el protocolo del aplicativo de las búsquedas activas institucionales (BAI).

El software de Sivigila 2014, se encuentra provisto de un aplicativo de búsqueda activa institucional (BAI),

el cual permite la recolección y procesamiento de la información. La información recolectada del año 2014 se deberá entregar al INS antes del 2 de marzo de 2015. Enviar el documento y la base de datos, al correo electrónico: crónicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o 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, avenida calle 26 N° 51 – 20, bloque B, oficina 234.

Fuente de datos para el análisis: RIPS.

Gestión de datos: BAI sobre consolidado de RIPS de todos los regímenes (contributivo, subsidiado, vinculados, particulares y especial) del año 2014 del departamento.

Categorías de análisis: grupo y subgrupo de eventos así:

Grupos de ECNT

EVENTO	CODIGO
Enfermedades Cardiovasculares	170
Diabetes Mellitus	225
Enfermedades Crónicas Respiratorias	700

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.

Favor enviar los resultados en tablas o figuras

Subgrupo de ECNT

NOMBRE DEL SUBGRUPO	CODIGO SGR
Insulino requirientes (E10)	220
No insulino requirientes (E11)	230
Asociado a desnutrición (E12)	240
Otras diabetes (E13)	250
Diabetes no especificada (E14)	260
Hipertensivas (I10 – I15)	270
Isquémicas corazón (I20 – I25)	280
Insuficiencia cardiaca (I50)	290
Cerebro vasculares (I60 – I69)	300
Bronquitis crónicas (J41 – J42)	310
Enfisema (J43)	320
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J44)	330
Asma (J45 – J46)	340
Bronquiectasia (J47)	350

Análisis por subgrupo

- Proporción de casos atendidos por subgrupo de ECNT del departamento

- Proporción de casos atendidos según sexo

- Proporción de casos atendidos según área de procedencia.

Favor enviar los resultados en tablas o figuras

La búsqueda activa institucional se llevara a cabo para el año 2015 en las UPGD por periodo epidemiológico y se enviará a nivel municipal al responsable de la consolidación; posteriormente se enviará a nivel departamental o distrital al responsable de la revisión de la calidad del dato en las bases, retroalimentación al nivel municipal y consolidación final que se remite al INS con periodicidad trimestral. Las entidades territoriales deben seguir los lineamientos generales para BAI generados por el INS.

Cáncer infantil

En el año 2015 se realizará notificación de cáncer en menores de 18 años mediante la ficha SIVIGILA 115, en respuesta a lo establecido en la Ley 3518 de 2006 y 1388 de 2010 entre otras.

Se notificará desde la aplicación web ubicada en la página del Instituto Nacional de Salud (portal de SIVIGILA) a través de un reporte en línea de alcance nacional, cada usuario tendrá acceso diferenciado al sistema según el nivel territorial al que pertenezca, tendrá acceso a la información propia y estará identificado con el fin de acceder a privilegios como el ajuste de casos probables, sospechosos, descartados y consolidación de su información en diferentes opciones según su competencia.

Los departamentos y distritos deberán realizar seguimiento al proceso de atención de cada caso de cáncer en menores de 18 años e identificar aquellos en los que se presenten alertas de inoportunidad según los indicadores establecidos en el sistema de información¹, requerir a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) e informar al Instituto Nacional de Salud (INS) con copia a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual

¹ Oportunidad en confirmar el diagnóstico, en iniciar el tratamiento y en terminarlo.

deben contar con un referente de Cáncer Infantil que realice control de la calidad del dato y seguimiento permanente a los casos notificados al sistema y definir un equipo de respuesta inmediata a las alertas (en el que participen funcionarios de todas las dependencias de las direcciones de salud según su competencia) que atienda los casos y realice seguimiento hasta que sean resueltos por las EAPB o las Entidades Territoriales responsables del caso.

Respecto a las EAPB los departamentos y distritos tienen el deber de hacer cumplir las responsabilidades definidas en el artículo 20 de la resolución 2590 de 2012 relacionadas con la garantía de la prestación integral de los servicios de salud a sus afiliados y la entrega de información requerida para el funcionamiento del Sistema Nacional de Información del Cáncer.

Las EAPB como usuarios del sistema de información y responsables de la atención de sus afiliados serán el primer eslabón en la cadena de alertas de inoportunidad de atención, son responsables de realizar seguimiento al proceso de atención de todos sus afiliados y deberán dar respuesta inmediata a las necesidades identificadas en cada caso hasta resolverlas.

Las direcciones de Salud Departamentales y distritales deberán realizar Unidades de Análisis por periodo epidemiológico de los casos identificados con inoportunidad en el proceso de atención y los casos de mortalidad que se presenten, con participación de las EAPB responsables de la atención de los menores, representantes de todas las dependencias técnicas de las direcciones de salud, la sociedad civil, la defensoría del pueblo y profesionales involucrados en la atención de los casos, idealmente oncólogos y remitir al INS a los correos crónicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com un informe trimestral de las unidades de análisis realizadas, copia de las actas y de los planes de mejoramiento establecidos para cada actor de acuerdo con los hallazgos identificados.

Deberán asegurar los tramites que garanticen que se cuente con un Consejo departamental de cáncer Infantil y que sus funcionarios desarrollen trimestralmente un

COVE departamental en el que se presenten los casos a analizar de cáncer en menores de 18 años, en dicho COVE presentaran las variables en vigilancia, análisis de los eventos, inoportunidad, mortalidad, sus planes de mejoramiento y seguimiento hasta garantizar su resolución.

Sus productos consolidados serán objeto de informe al Instituto Nacional de Salud en las fechas mencionadas a continuación, de acuerdo con los lineamientos del protocolo nacional:

30 de marzo de 2015

30 de junio de 2015

30 de octubre de 2015

30 de enero de 2016

- Número y porcentaje de UPGD activas y/o en silencio epidemiológico para el evento.
- Porcentaje de cumplimiento al reporte de los eventos por municipio y sus variables BAI, BAC y porcentaje de retorno de los casos al SIVIGILA.
- Análisis de casos notificados al sistema de información en el periodo.
- Número de casos identificados con inoportunidad en el proceso de atención.
- Número de casos identificados con muerte en el proceso de atención.
- Resumen ejecutivo del seguimiento a los casos identificados con inoportunidad en el proceso de atención y de cada caso de mortalidad.
- Actividades específicas realizadas para garantizar la calidad de atención de los casos identificados con inoportunidad y estado actual de los menores a los que se les realizó seguimiento.
- Informe de seguimiento a cumplimiento de planes de mejoramiento previos.

- Ajustes al plan de mejoramiento, nuevas acciones a realizar o replanteamiento de acciones establecidas.

- Procesos de capacitación realizados con los diferentes actores del sistema, contenidos, perfiles de los capacitados, de quien capacita.

- Acta del COVE trimestral y envió de una copia que debe incluir:

- o Análisis detallado de posibles factores contribuyentes puntos críticos detectados tanto a nivel menor, como familia, comunidad, sistemas de salud y territorio, transcripción textual de la discusión, mapa esquemático del proceso, puntos críticos e intervenibilidad.

- o Elaboración del plan de intervención integral si es el caso.

- o Estado al corte del recurso humano con que se cuenta perfil y horarios definidos para realizar seguimiento a gestión a inoportunidad a mortalidad, capacitaciones, asesorías y asistencia técnica a los municipios y/o IPS de su área de influencia para cáncer en menores de 18 años.

- o Tramites que garanticen que se cuente con un Consejo departamental de cáncer Infantil o estado de las actividades desarrolladas para su consecución.

Como producto del proceso de Vigilancia en Salud Pública en el 2015, se debe generar el plan 2016 para la garantía de la calidad de atención de los menores de 18 años con cáncer en el Departamento o Distrito, el cual deberá ser remitido al INS antes del 30 de noviembre de 2015.

El análisis de este evento debe estar incluido en el informe anual 2014 y semestral 2015 según fechas citadas en los lineamientos generales.

La información que se genere de las acciones de vigilancia deberá ser presentada a los consejos departamentales de cáncer infantil para la toma de decisiones.

El INS realizará la capacitación, asesoría y asistencia técnica requerida, los documentos técnicos serán

publicados en la página web del INS.

Defectos congénitos

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

- Realizar búsquedas activas institucionales trimestrales de RIPS para verificar el subregistro con respecto a la información incluida en el Sivigila y con esta información realizar acciones de fortalecimiento para la notificación. Estas BAI son para uso interno en los niveles municipal, departamental o distrital y no deben ser enviadas al INS trimestralmente, sin embargo si deberán generar un informe anual que dé cuenta del subregistro en la notificación y las acciones tomadas para mitigar estas situaciones.

- El informe anual para el fortalecimiento de la notificación deberá enviarse al INS (cronicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com) durante el primer trimestre del 2015 con la información correspondiente al 2014.

- Teniendo en cuenta los hallazgos de calidad del dato encontrados durante la vigilancia de defectos congénitos de 2014, es necesario implementar durante 2015 actividades de acompañamiento y capacitación al personal sanitario, especialmente en la codificación diagnóstica (CIE 10), definición de caso y acciones individuales del caso. Este cronograma de trabajo liderado por los referentes departamentales de enfermedades crónicas deberá ser enviado al INS (cronicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com) antes del 1 de febrero de 2015, especificando lugar (capacitaciones municipales, regionales, etc), población objeto y temas. Si se requiere el INS realizará acompañamiento en estos procesos de forma virtual o presencial.

Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)

- Las entidades territoriales departamentales y distritales de salud, deberán enviar al Instituto Nacional de Salud el plan de contingencia para las festividades

o celebraciones departamentales de acuerdo con la normatividad vigente (Ley 1523 de 2012 por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y el Decreto 3888 de 2007, Plan Nacional de Emergencia y Contingencia para Eventos de Afluencia Masiva de Público, artículo 15, responsabilidades específicas para los comités de gestión del riesgo con respecto al plan de emergencia y contingencia para eventos de afluencia masiva).

- Para la elaboración del presente plan se debe tener en cuenta el documento “Plan de contingencia del sector salud para la preparación y respuesta ante el riesgo por la fabricación, almacenamiento, transporte, comercialización, manipulación y uso inadecuado de la pólvora y descripción de la problemática” que se encuentra publicado en el link de pólvora en la página web del Instituto Nacional de Salud www.ins.gov.co

- Dicho plan de contingencia incluirá el análisis del comportamiento de las lesiones por pólvora del año inmediatamente anterior, el cronograma de fiestas locales y las acciones a desarrollar para prevenir lesiones ocasionadas por pólvora en los grupos vulnerables (niños, niñas y adolescentes)

Se solicita que la coordinación de vigilancia de la entidad territorial remita el plan de contingencia en físico antes del 10 de febrero de 2015, al INS, al correo electrónico cronicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com

- La Secretaría de Salud departamental a través del área de vigilancia deberá articularse al comité departamental de gestión del riesgo con el fin de incluir en la agenda la prevención de las lesiones ocasionadas por pólvora y realizar el seguimiento continuo y sistemático de dichas lesiones, en temporada decembrinas y fiestas locales.

- La Secretaría de Salud departamental trabajará de manera conjunta con las secretarías del gobierno municipal y departamental la normatividad específica, que apoye la reducción la fabricación y venta de productos con pólvora o artefactos pirotécnicos.

- La Coordinación de Vigilancia deberá notificar al INS diariamente durante los días de vigilancia intensificada (fiesta decembrina y fiestas locales)

- Se notificará semanalmente los casos presentados o no de lesiones por artefactos explosivos como vigilancia rutinaria pasiva por semanas epidemiológicas.

- De la misma manera deberá notificar inmediatamente aquellos incidentes donde aumente el riesgo para la población como: estallido de polvererías o puntos de ventas de artefactos derivados de la pólvora o en aquellos casos con afectación de un grupo de personas.

- Los municipios y los distritos deben realizar visitas de acompañamiento y asistencia técnica durante el primer trimestre de 2015 a las UPGD para la implementación de la vigilancia mediante ficha INS 452 correspondiente a lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal).

- Durante del primer trimestre del 2015 enviar al INS al correo electrónico: cronicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com con un informe del plan de acción que incluya la información de:

- o Estrategias de capacitación y realimentación realizadas con las Unidades Municipales de Salud, UPGD y los profesionales para el evento.

- o Acciones de mejoramiento realizadas frente al ajuste de casos en cuanto a clasificación final y duplicidad.

- o Cronograma y actividades de articulación con el comité departamental de gestión del riesgo.

Violencias de género

- Realizar visitas de acompañamiento y asistencia técnica, mínimo dos veces al año a las UPGD, con el fin de capacitar a los profesionales de salud en las definiciones de la modalidad de violencia para detectar otros tipos de violencia, no solo física sino psicológica, privación o negligencia; de igual forma entrenarlos para que conozcan y activen la ruta intersectorial y

así permitir el restablecimiento de los derechos de las víctimas y la no re incidencia.

- Participar con información válida y oportuna en comités y espacios intersectoriales de análisis durante el primer trimestre de 2015 el comité intersectorial para la prevención de las violencias en niños, niñas y adolescentes.

- Durante del primer trimestre del 2015 enviar al INS al correo electrónico: crónicas.lce.ins@gmail.com , lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com un informe de plan de acción que incluya la información de:

- o Estrategias de capacitación y realimentación realizadas con las Unidades Municipales de Salud, UPGD y los profesionales para el evento.

- o Acciones de mejoramiento realizadas frente al ajuste de casos en cuanto a clasificación final y duplicidad.

Lesiones asociadas al tránsito

Promover espacios de análisis departamentales y municipales de carácter intersectorial para el análisis del comportamiento de las lesiones, haciendo énfasis de los puntos críticos para las lesiones relacionadas con el tránsito.

Las secretarías de salud departamentales deben capacitar y sensibilizar a los profesionales de salud de los diferentes servicios en el adecuado diligenciamiento de los registros individuales de prestación de servicios, certificado de defunciones, así como el formato de

recobro de la cuenta ECAT. Monitorear la calidad del dato registrados en las UPGD, cumplir con los flujos de información establecidos para los diferentes registros administrativos.

Vigilancia centinela de la exposición a flúor

La vigilancia centinela de la exposición a flúor constituye un componente indispensable y 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 manifestaciones indeseables como la fluorosis dental.

De acuerdo con lo anterior los lineamientos para el 2015 en los diferentes niveles son:

- Teniendo en cuenta que la vigilancia busca identificar factores de riesgo para la fluorosis dental a fin de generar insumos para los tomadores de decisiones, esta estrategia es centinela y con rotación anual de las UPGD seleccionadas.

- Las unidades centinelas tienen representación nacional y fueron establecidas de acuerdo con las unidades de primer nivel que se encontraban caracterizadas en el Sivigila durante 2012.

- Solo deben notificar al Sivigila las 180 UPGD centinelas establecidas para la vigilancia, de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 6. Numero de UPGD centinelas establecidas para la vigilancia centinela de la exposición de fluor

Entidad territorial	Número de centinelas asignados
Amazonas	1
Antioquia	12
Arauca	2
Atlántico	3
Barranquilla	2
Bogotá D.C.	26

Bolívar	2
Boyacá	13
Caldas	3
Caquetá	1
Cartagena	2
Casanare	2
Cauca	5
Cesar	4
Choco	7
Córdoba	4
Cundinamarca	9
Guainía	2
Entidad territorial	Número de centinelas asignados
Guaviare	2
Huila	3
La Guajira	4
Magdalena	4
Meta	6
Nariño	10
Norte de Santander	5
Putumayo	1
Quindío	2
Risaralda	2
San Andrés	1
Santa Marta	1
Santander	13
Sucre	4
Tolima	6
Valle del Cauca	13
Vaupés	2
Vichada	1
Total	180

- La tercera fase de vigilancia centinela iniciará el primero de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre del mismo año y se mantendrá así anualmente.

- Cada referente departamental de salud bucal deberá enviar al correo crónicas.lce.ins@gmail.com,

lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com antes del 31 de diciembre de 2014, los nombres y códigos de las UPGD centinelas de sus departamentos de acuerdo con la distribución establecida en la tabla anterior, sin repetir UPGD de años anteriores.

- 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, deberán analizar los contenidos de flúor en muestras de agua y sal (monitoreo químico), de acuerdo con 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 durante el primer trimestre de 2015 deberá enviar la información del seguimiento químico del 2014 al correo cronicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com.
- Las entidades territoriales que cuenten con recursos físicos, financieros y humanos, para realizar un número de análisis de muestras de agua y sal mayor al establecido en la normatividad vigente, deberán informarlo a los referentes departamentales de salud bucal con copia al INS (cronicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com), de tal forma que se puedan priorizar las fuentes naturales como pozos subterráneos y quebradas evidenciados durante la vigilancia centinela de la exposición a flúor. Se solicita incluir estas fuentes en las programaciones anuales de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública.
- Todas las entidades territoriales deberán remitir al INS (cronicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com) durante el primer trimestre de 2015 la información referente al número de personas atendidas por los servicios de odontología de sus centinelas, diferenciando la información por personas de seis, 12, 15 y 18 años; todo lo anterior en el formato establecido, enviado previamente por el INS y con el fin de proporcionar los denominadores necesarios para el cálculo de los indicadores de la vigilancia. La fuente de información deben ser los RIPS del periodo (julio 1 de 2013 a diciembre 31 de 2014). Para esto es indispensable que los referentes de salud bucal y en especial de vigilancia de la exposición a flúor tengan acceso a los RIPS de sus centinelas, los cuales deberán ser notificados mensualmente al Sianiesp del Sivigila para facilitar su análisis.
- Los municipios que no han sido priorizados como centinelas, podrán sugerir por medio de comunicación escrita al INS a través de los referentes departamentales de salud bucal, estudios puntuales enfocados al control e intervención de la intoxicación crónica por flúor.
- Las entidades territoriales que consideren estar en capacidad de realizar vigilancia en un número mayor de municipios (además de los centinelas establecidos), pueden sugerir por comunicación vía correo electrónico al INS (cronicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com) un proyecto de vigilancia; el INS realizará acompañamiento para el análisis de los datos, pero estos no podrán ser notificados al Sivigila ni analizados por el INS en los informes de vigilancia centinela; representarán análisis de vigilancia propios de la entidades territoriales.
- Las entidades territoriales, EAPB e IPS con el acompañamiento del INS realizarán anualmente las propuestas, diseño e implementación de estrategias de información, educación y comunicación, enfocadas a la prevención y control de la intoxicación crónica por flúor. Dichas propuestas deben ser remitidas por las entidades territoriales (previa concertación con EAPB e IPS) al INS, al correo electrónico cronicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com durante el último trimestre de 2015.
- Las entidades territoriales deberán realizar cada seis meses visitas de seguimiento a las UPGD centinelas, a fin de actualizar conceptos para el diagnóstico de la fluorosis dental y sus diagnósticos diferenciales, para lo cual el INS realizará virtualmente acompañamiento y remitirá periódicamente y según necesidad, material bibliográfico; lo anterior teniendo en cuenta la rotación de personal sanitario en algunos centinelas.
- Las entidades territoriales deberán informar al INS (cronicas.lce.ins@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com), específicamente al

Grupo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y al referente de salud bucal por periodo epidemiológico, si se presentó notificación negativa en sus centinelas en el periodo inmediatamente anterior y especificar las semanas epidemiológicas.

- En el marco del Plan Decenal de Salud Pública y dentro de las acciones iniciales del 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 las 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.

8.1.6.3 Equipo vigilancia nutricional

Bajo peso al nacer a término

- Notificación

La notificación debe realizarse en la ficha de datos complementarios, disponibles en la página del Instituto Nacional de Salud, los municipios y los departamentos deben garantizar el correcto diligenciamiento de la ficha de notificación.

Es importante tener en cuenta en el proceso de notificación 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.

La notificación de casos al SIVIGILA deberá incluir como mínimo el 90% de los casos identificados por las estadísticas vitales en aquellos departamentos donde opera el sistema RUAF y en los departamentos

donde no hay cobertura por RUAF deberán incluir en la notificación al Sivigila todos los casos que se presenten semanalmente.

- Investigaciones de caso:

La investigación de caso debe realizarse a todos los casos que cumplen criterios según protocolo, debe cumplirse durante los primeros 15 días de nacido el menor y debe tener una segunda visita de cierre al mes de haber realizado la primera, es decir calcula que el recién nacido puede tener alrededor de un mes y medio de nacido y que ha tenido una ganancia de peso mayor a 500 gramos en ese periodo. La investigación de caso es responsabilidad del municipio/departamento de residencia,.

Para aquellos casos donde el nacimiento se presenta en un departamento o municipio diferente al de residencia este deberá garantizar el envío de información oportunamente a la secretaria de salud municipal o departamental de residencia de la madre para que se lleven a cabo las respectivas acciones (ejecución de la respectiva investigación de caso cuando aplique y seguimiento al caso) así mismo si hay investigación de caso esta deberá enviarse copia al departamento de notificación para que ingrese la información al Sivigila a través del ajuste 7.

Se deberá tener en cuenta que la información de las investigaciones de casos se debe ingresar al Sivigila oportunamente (máximo 15 días después de realizada la investigación).

Cada entidad territorial deberá incrementar el seguimiento de los casos que cumplan con los criterios establecidos en el protocolo de vigilancia, en mínimo 50% de los realizados en el año 2014.

La entidad territorial deberá solicitar a las aseguradoras habilitadas en su territorio y quienes atienden a su población, los registros y los soportes de la atención y seguimientos realizados por estas a sus niños asegurados que nacieron con esta condición como parte de la vigilancia en salud pública del bajo peso al nacer a término.

- Informe trimestral del seguimiento a los procesos de vigilancia en salud pública del evento bajo peso al nacer a término.

La entidad territorial deberá realizar el informe trimestral del comportamiento del evento, el cual debe incluir la incidencia de casos por municipio comparado con el año inmediatamente anterior para el mismo periodo, resultados de los indicadores incluidos en el protocolo, análisis de los seguimientos realizados a los casos con investigaciones de campo, seguimiento realizado por las aseguradoras y matriz DOFA de acuerdo a los hallazgos identificados en el periodo evaluado.

El departamento o distrito deberá enviar el informe en medio magnético al INS al correo electrónico vigilanutricional@ins.gov.co, vigilancianutricional@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com en las siguientes fechas:

- Información del periodo: enero, febrero y marzo - fecha límite de entrega 30 de abril de 2015
- Información del periodo: abril, mayo y junio - fecha límite de entrega 30 de julio de 2015
- Información del periodo: julio, agosto y septiembre - fecha límite de entrega 30 de octubre de 2015
- Información del periodo: octubre, noviembre y diciembre - el 30 de enero de 2016.

Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años.

- Notificación

Se deben notificar todas las muertes en menores de cinco años cuya causa o causas de muerte registradas en el certificado de defunción, estén relacionadas con la desnutrición severa o deficiencias nutricionales. Es de anotar que no se debe hacer la notificación de los casos en los que la desnutrición se presenta como una patología secundaria.

Se debe notificar en la ficha de datos básicos y complementarios, disponibles en la página del Instituto Nacional de Salud. La UPGD, los municipios

y los departamentos deben velar por el correcto diligenciamiento de la ficha de notificación, en especial de los datos relacionados con las medidas antropométricas.

- Análisis y ajuste de caso

El análisis de caso se debe realizar al 100 % de los notificados, de forma que permita generar el ajuste (el análisis se debe realizar máximo dentro de los 45 días posteriores a la notificación). Todos los casos deben ajustarse luego del análisis (ajuste 7) en el aplicativo Sivigila (clasificar el caso como muerte por desnutrición, asociado a desnutrición o descartado). Dentro de este análisis es necesaria la realización de la entrevista domiciliaria la cual será un insumo para aportar al análisis por demoras.

Este análisis será pertinencia del ente territorial en donde residía el menor fallecido.

La concordancia entre la notificación de casos al SIVIGILA y las estadísticas vitales deberá ser del 80 % o más.

- Informe trimestral del seguimiento a los procesos de vigilancia en salud pública del evento.

Contenido informe:

- Seguimiento de los indicadores del proceso de vigilancia de evento mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años según lo establecido en el protocolo del evento.

- Porcentaje de cumplimiento en el análisis del evento de acuerdo al número de eventos notificados por cada departamento o distrito. El envío de los estudios del 100 % de muertes con copia de certificado de defunción, resumen de la historia clínica, entrevista domiciliaria y unidad de análisis departamental.

El departamento o distrito deberá enviar informe al INS al correo electrónico vigilancianutricional@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com en las siguientes fechas:

- Información del periodo: enero, febrero y marzo - el 30 de abril de 2015
- Información del periodo: abril, mayo y junio - el 30 de julio de 2015
- Información del periodo: julio, agosto y septiembre - el 30 de octubre de 2015
- Información del periodo: octubre, noviembre y diciembre - el 30 de enero de 2016.

Recomendaciones

- Necropsia clínica: Cumplir con lo establecido en el Decreto 786 de 1990 cuando no se ha podido establecer la causa básica ni antecedentes de las muertes por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años.
- Comunicación efectiva de casos entre entidades territoriales: Se debe informar de manera inmediata los casos ocurridos en residentes de otros departamentos o distritos a su entidad territorial de residencia, así como la consecución y entrega de la documentación de casos ocurridos en su territorio y hacer la retroalimentación posterior a unidades de análisis a la entidad territorial de residencia.
- Enviar copia del correo de retroalimentación, al correo del INS vigilancianutricional@gmail.com, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com.

8.1.7. Grupo de gestión y respuesta inmediata

- Los casos sospechosos o probables relacionados con un brote deberán reportarse de manera inmediata (vía Sivigila-notificación inmediata y adicionalmente por, teléfono, fax o correo electrónico) desde la UPGD a la unidad notificadora municipal respectiva, para que esta inicie de manera inmediata la notificación y la investigación de campo dentro de las 24 horas siguientes a la notificación.

• La unidad notificadora municipal debe atender y configurar todos los brotes en su jurisdicción. Si el municipio no cuenta con la capacidad técnico-operativa para atender y controlar el brote, deberá solicitar apoyo de manera inmediata al nivel departamental y si es necesario el nivel departamental solicitará apoyo al nivel nacional.

• Cada entidad territorial debe garantizar que se notifique al sistema y se realice la investigación y control del 100% de los brotes de su jurisdicción.

• Una vez se tenga información preliminar de la situación presentada, las unidades municipales deberán enviar el informe respectivo de manera inmediata al departamento y de este al Instituto Nacional de Salud de acuerdo al siguiente flujo de información (UNM a la UND de está al INS y del INS al Ministerio de Salud y Protección Social (Centro Nacional de Enlace - CNE), teniendo en cuenta los formatos establecidos para la generación de informe de investigación de campo a 24 – 72 horas e informe final – preliminar o definitivo según sea el caso, cod FOR-R02.0000-063, disponible en la página web.

• Toda información sobre la ocurrencia de un brote o situación de emergencia en salud pública, se debe notificar de manera inmediata a los correos electrónicos del grupo funcional correspondiente con copia a los correos eri@ins.gov.co y equipoderespuestains@gmail.com.

• La investigación de los brotes debe ser realizada por un equipo funcional de respuesta inmediata, el cual debe estar conformado coordinadamente por profesionales de las diferentes áreas de la entidad territorial, según corresponda de acuerdo al evento.

• En toda situación de alerta, emergencia o brote atendido se debe realizar el análisis de riesgo de acuerdo al Anexo II del Reglamento Sanitario Internacional 2005 y con base en el mismo definir si se trata de una potencial emergencia en salud pública de interés internacional (ESP II).

- Cumplir con el 100 % de los tres indicadores de la vigilancia de brotes o situaciones de emergencia, que son:

- Porcentaje de brotes o situaciones de emergencia informados al INS oportunamente.

- N° de brotes y situaciones de emergencias notificadas en menos de 24 horas de transcurrido el evento/ N° de brotes y situaciones notificadas al INS.

- Porcentaje de brotes o situaciones de emergencia intervenidos en menos de 24 horas.

- N° de brotes y situaciones de emergencias intervenidas en menos de 24 horas de transcurrido el evento/ N° de brotes y situaciones presentadas

- Porcentaje de brotes o situaciones de emergencia con informe final de investigación de campo y cierre.

- N° de brotes y situaciones de emergencias intervenidas con cierre / N° de brotes y situaciones de emergencias presentadas

- Generar actos administrativos que regulen la operación de los equipos de respuesta inmediata departamentales, contemplando los recursos para su desplazamiento, las funciones operativas, administrativas y de articulación de las diferentes dependencias departamentales (CRUE, Salud Pública, laboratorio, entre otras) con el fin de brindar una respuesta interinstitucional e intersectorial adecuada, oportuna, coordinada y en red ante la presencia de un brote, epidemia, desastre o emergencia en salud pública, con criterios de eficiencia y efectividad.

- Enviar a los correos eri@ins.gov.co y equipoderespuestains@gmail.com antes del 30 de enero de 2015 el cronograma de disponibilidad del año, disgregado por semana epidemiológica, este cronograma deberá contener nombre de la persona disponible, cargo y número celular.

- Dar soporte técnico en la atención de brotes, epidemias o situaciones que ameriten el acompañamiento desde el nivel departamental o distrital, y en caso de

necesitar apoyo técnico complementario solicitarlo a las instancias nacionales.

8.1.8. Grupo de epidemiología aplicada

Dentro de las funciones misionales del Instituto Nacional de Salud, contempladas en el artículo 11, numeral 1 y 11 del Decreto 2774 de 2012, describe que el INS a través del Servicio de Epidemiología Aplicada realiza los siguientes procesos:

- “Promover, orientar y realizar actividades de capacitación en competencias del recurso humano que presta servicios en Salud Pública, de conformidad con la política del Gobierno Nacional”.

- “Diseñar, promover y desarrollar programas de capacitación y entrenamiento que contribuyan al fortalecimiento de las competencias del recurso humano que presta servicios del Instituto”.

En ese sentido, se desarrollan las siguientes acciones en conjunto con las entidades territoriales, las cuales son concertadas previamente de acuerdo con las necesidades identificadas.

Certificación de Competencias Laborales en Salud Pública

Las acciones de certificación de competencias laborales han permitido fortalecer el talento humano que se desempeña en salud pública; 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 las siguientes normas:

- NCL 230101202 “Sistematizar la información de interés en salud pública de acuerdo con lineamientos

y requerimientos de la autoridad sanitaria”

- NCL 230101199 “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 2015, que todos los referentes encargados del manejo del SiviGila a nivel departamental y distrital estén certificados en la NCL: 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 encuentren certificados como “competentes”, como un mecanismo de fortalecimiento y mejora de la calidad del sistema de vigilancia en salud pública.

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.

Objetivo del curso de métodos básicos

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.

Objetivo del curso de métodos intermedios

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.

Las entidades territoriales deben 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 se encuentran ofertados 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.

Educación virtual

La educación virtual permite realizar acciones de formación disminuyendo costos y brindando mayor cobertura a todos los entes territoriales.

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

- Curso de Inducción en salud Pública

- Curso de Gestión de la calidad de los Registros en Salud.
- Curso Virtual de Enfermedades No Transmisibles Nivel Introductorio
- Curso para la prevención y manejo de accidentes causados por animales venenosos.
- Prueba piloto de un curso virtual de Tuberculosis.
- Prueba piloto de un curso virtual de Cólera.
- Prueba piloto curso virtual de Enfermedades por malformaciones congénitas, estrategia de cero a siempre MSPS- Convenio Presidencia de la República - INS en 2013.
- Prueba piloto curso de eventos de interés internacional.

Informe quincenal epidemiológico nacional (IQEN)

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación del Instituto Nacional de Salud, 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 y socializar la información científica que se produce y, de esta manera, lograr que se generen 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 al menos un evaluador o par científico (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%20.pdf>

8.1.9. Grupo de comunicación del riesgo

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS, cuando existe una emergencia de salud pública, es fundamental la información exacta y oportuna a todos los niveles, sobre todo para reducir lo más posible la perturbación social indeseada e imprevista, para mitigar el impacto de las consecuencias económicas y para maximizar la eficacia del resultado de la respuesta.

Es por esto, que las entidades territoriales deben tener como eje transversal a sus actividades en salud pública, la comunicación del riesgo. Siendo necesaria en la prevención y mitigación de las consecuencias relacionadas con los brotes o emergencias en salud pública al igual que en la disminución de los riesgos por aquella información que compromete la salud y pueda provocar pánico en la comunidad en general.

- Con el fin de apoyar a las entidades territoriales en la definición de planes y estrategias de comunicación el Instituto Nacional de Salud realizará durante el 2015 acompañamiento con el fin de fortalecer las capacidades en el tema y se emiten los siguientes lineamientos:

- Las entidades territoriales deben disponer de por lo menos una persona que realice las actividades de comunicación del riesgo y enviar al correo comunicaciondelriesgo@ins.gov.co, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com antes del 15 de febrero de 2015 el nombre completo, correo electrónico, número de celular o de contacto de la persona o equipo de comunicación del riesgo de la ET, de igual manera se debe actualizar la anterior información a este correo en caso de nuevas contrataciones o cambio del delegado.

- Enviar el correo comunicaciondelriesgo@ins.gov.co, lineamientos@ins.gov.co o lineamientosins@gmail.com antes del 30 de marzo de 2015 el plan de comunicación del riesgo. Para su construcción posterior a conocer el responsable de comunicaciones de la entidad territorial el INS realizará capacitaciones virtuales semanales en donde se darán herramientas para el diseño del plan.

Bibliografía

1. 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.

2. 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>

3. Instituto nacional de salud. Documento de trabajo guía para desarrollo de vigilancia comunitaria en albergues. Grupo de análisis de situación en salud.

4. Decreto 3518 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.

Elaboró

Líderes de los Equipos Funcionales de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, nombrados en la página 2

Revisó

Oscar Eduardo Pacheco

Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Publica

Hernan Quijada Bonilla

Subdirección de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Aprobó

Fernando Pío de la Hoz

Director General Instituto Nacional de Salud

Máncel Martínez Durán

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública