

PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Código: 998 - 590



DOCUMENTO ELABORADO POR

Angélica Ma Rojas Bárcenas
Instituto Nacional de Salud INS

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Angélica Ma Rojas Bárcenas
Equipo Inmunoprevenibles
Instituto Nacional de Salud INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Director General INS

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en Salud Pública

Óscar Eduardo Pacheco García
Subdirector de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública

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

Tabla de contenido

1	Introducción	4
	1.1. Comportamiento del evento	4
	1.2. Estado del arte	5
	1.3. Justificación para la vigilancia	7
	1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento	7
2	Objetivos específicos	7
3	Definiciones operativas de casos	8
4	Fuentes de los datos	8
	4.1. Definición de las fuentes	8
	4.2. Periodicidad de los reportes	8
	4.3. Flujo de información	8
	4.4. Responsabilidades por niveles	9
5	Recolección y procesamiento de los datos	10
6	Análisis de la información	11
	6.1. Indicadores	11
7	Orientación de la acción	12
	7.1. Acciones individuales	12
	7.2. Acciones colectivas	12
	7.3. Acciones de laboratorio	13
8	Comunicación del riesgo	13
9	Referencias bibliográficas	14
10	Control de revisiones	15
11	Anexos	15



1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad diarreica aguda como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días (1) (2).

Las enfermedades diarreicas son una causa importante de la carga de morbilidad en todo el mundo, tienen un impacto sustancialmente mayor en países y regiones de bajos ingresos con mala calidad del agua, saneamiento y seguridad alimentaria y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. Las enfermedades diarreicas son causadas por una variedad de bacterias, virus y parásitos, a pesar de la gran carga de enfermedad causada por estos patógenos, la contribución global de agentes etiológicos específicos de las enfermedades diarreicas es en gran parte desconocido (3) (4).

El control de esta enfermedad a nivel mundial inició en 1978 como respuesta al llamado de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que se concertaran acciones alrededor de uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Se requiere contar con herramientas de vigilancia en salud pública para caracterizar el comportamiento de este evento a nivel nacional y subnacional con el objeto de definir medidas de prevención y control.

1.1. Comportamiento Mundial y Regional del evento

Cada año, se producen unos dos mil millones de casos de diarrea en todo el mundo. El estudio de carga global de enfermedad (GBD 2010) clasificó las enfermedades diarreicas en cuarto lugar a nivel global, (3.6% de la carga total de morbilidad a nivel mundial), en niños menores de cinco años representa una proporción más alta (5% de la carga total de la enfermedad en este grupo de edad) (3) (5).

Cada año, se producen unos dos mil millones de casos de diarrea en todo el mundo. Las enfermedades

diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el planeta, alrededor de mil millones de personas carecen de acceso a fuentes de agua mejoradas y unos 2500 millones no tienen acceso a instalaciones básicas de saneamiento (1) (6) (7).

Según datos de la Organización Mundial de La Salud del año 2014, el país con la incidencia de enfermedad diarreica más alta es África Central con 188 casos por 100 000 hab, seguido de la República democrática del Congo con 162,7 casos por 100 000 hab. Los países con menor incidencia son Latvia y Eslovenia con 0,04 casos por 100 000 cada uno; dentro del grupo de países con menor incidencia de en América Latina se encuentran Chile y Cuba con incidencia de 1,2 y 1,3 casos por 100 000 hab respectivamente; Colombia se encuentra dentro de los países con incidencia intermedia con 1,76 casos por 100 000 hab (8).

En relación a la mortalidad, la enfermedad diarreica aguda es una de las causas principales de mortalidad infantil, representando el 9% de todas las muertes de niños menores de 5 años en todo el mundo en 2015. Esto se traduce en más de 1,400 niños pequeños que mueren cada día, o alrededor de 526,000 niños al año; sin embargo, entre 2000 y 2015, el número total anual de muertes por diarrea entre niños menores de 5 años disminuyó en más del 50%, de más de 1,2 millones a medio millón (9).

En Asia, África y América Latina, cada año mueren alrededor de 3,3 millones de niños menores de 5 años por diarrea y ocurren más de mil millones de episodios. En países de América Latina y el Caribe, la EDA constituye una de las tres causas más comunes de enfermedad. En Colombia se estima que la EDA es la segunda causa de hospitalización en niños menores de 1 año (entre 9 y 15% de los ingresos en este grupo de edad) y la segunda causa de hospitalización en niños de 1 a 4 años (entre 12 y 15% de los niños hospitalizados de esa edad) (3) (7) (10).

En Colombia se registró en el sistema de vigilancia en salud pública para el periodo 2008 – 2015 en promedio



2 473 253 casos de enfermedad diarreica aguda por año; el mayor número de casos se observa en el año 2015 (3 054 744) y se observa una tendencia al aumento en registro de casos. En el año 2016 se registró un total de 3 399 997 casos; durante este año se observó el mayor número de casos entre las semanas 6 a 9 con disminución a partir de la semana epidemiológica 13 y un comportamiento similar en lo corrido del año, a partir de la semana epidemiológica 13 (11).

Al comparar el comportamiento del evento en el año 2016 respecto a los años 2014 y 2015 se observa en general mayor número de casos notificados en el año 2016, respecto a los otros dos años. Para el caso del año 2015 (casos acumulados a semana epidemiológica 52: 3 041 766), se observa un incremento en el año 2016 correspondiente al 11,8% (11).

Durante el periodo 2008 – 2016 se recibió notificación del 100% de las entidades territoriales, siendo las entidades territoriales que más notifican casos Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca (11).

En todos los grupos de edad se reportaron casos de enfermedad diarreica aguda; históricamente el grupo que presenta el mayor número de casos es el de los menores entre 1 a 4 años y la mayor incidencia se observa el grupo de menores de un año; para los otros grupos de edad se observa que los grupos correspondientes a los de 20 a 24 años, 25 a 29 años y 30 a 34 años, aportan un importante número de casos, respecto al total, para luego descender en los grupos restantes y mostrar un leve incremento en la incidencia en la población de 80 y más años (11) (<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiol%C3%B3gico/MORTALIDAD%20POR%20ENFERMEDAD%20DIARREICA%20AGUDA%202016.pdf>).

1.2. Estado del arte

1.2.1. Descripción del evento

La diarrea puede ser infecciosa o no infecciosa o ser el síntoma de otra patología, por lo que es necesario realizar una adecuada caracterización del cuadro clínico

co y síntomas asociados, así como de antecedentes patológicos, farmacológicos, entre otros.

Las causas más frecuentes de diarrea son las infecciones del tracto digestivo, que pueden estar ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, los cuales pueden estar presentes en agua y alimentos contaminados, por factores como la falta de higiene y una inadecuada eliminación de heces y basura. La infección se puede transmitir por alimentos o agua contaminada, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente (1) (3).

Según su duración, la diarrea puede clasificarse como aguda o persistente. La enfermedad aguda comienza súbitamente y tarda menos de dos semanas; la persistente comienza como diarrea aguda, pero dura 14 días o más.

Los cuadros clínicos de las gastroenteritis agudas no permiten discriminar entre las diversas etiologías que pueden provocarlos, aunque pueden orientar sobre ellas. De 20 a 30% de las diarreas se considera de etiología bacteriana, y en 30 a 50% de los casos la causan virus. Entre los agentes virales asociados a EDA tenemos los rotavirus, con una prevalencia a nivel mundial de 30-50%; los adenovirus con 5-20%; los astrovirus con 1-4% y norovirus con el virus tipo Norwalk (calicivirus), 10-38% (7) (10).

Algunas bacterias como *Vibrio cholerae* O1, *E. coli*, *Salmonella* sp, *Campylobacter jejuni* y *Shigella* sp dan origen a diarrea por distintos mecanismos, el más frecuente es su adherencia a la mucosa intestinal con producción de enterotoxinas (*Vibrio cholerae* O1, *E. coli* enterotoxigénica), en otros casos ocasionan disolución de la mucosa y del borde en cepillo (*E. coli* enteropatógena), invasión de la mucosa con proliferación bacteriana intracelular (*Shigella* sp y *E. coli* enteroinvasora) o proliferación bacteriana en la lámina propia y en los ganglios linfáticos mesentéricos (*Campylobacter jejuni* y *Yersinia enterocolitica*) (14).

La siguiente tabla presenta de manera general los principales agentes etiológicos relacionados con la enfermedad diarreica aguda, fuente de transmisión, período de incubación, entre otros aspectos relevantes.

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Los principales agentes causales de enfermedad diarreica aguda son: rotavirus, <i>Escherichia coli</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Shigella sp.</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>Giardia duodenalis</i> , <i>Yersinia enterocolitica</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> .
Modo de transmisión	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: La forma primaria es fecal-oral, en bajos títulos del virus en secreciones del conducto respiratorio y otros fluidos corporales. Dado que el virus es estable en el medio ambiente, la transmisión puede ocurrir a través de la ingestión de alimentos contaminados, y mediante contacto con superficies contaminadas. • <i>Escherichia coli</i>: Agua y alimentos contaminados. • <i>Campylobacter sp.</i>: Leche, agua y otros alimentos contaminados. • <i>Shigella sp.</i>: Contacto directo y alimentos contaminados. • <i>Salmonella spp.</i>: Agua y alimentos contaminados. • <i>Giardia duodenalis</i>: Puede ser directa (mano-boca) o bien indirecta por ingestión de agua o comida contaminada. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: Agua y alimentos contaminados. • <i>Entamoeba histolytica</i>: Vía fecal-oral.
Periodo de transmisibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: durante la fase aguda de la enfermedad, y más tarde mientras persista la excreción y dispersión de virus. El rotavirus por lo común no se detecta después del octavo día de la infección, aunque se ha señalado la excreción de virus por 30 días o más en pacientes inmunodeficientes. Los síntomas persisten durante cuatro a seis días en promedio • <i>Escherichia coli</i>: la eliminación del agente patógeno suele durar una semana o menos en adultos; sin embargo, en infantes se prolonga hasta tres semanas en un tercio de casos. No es frecuente la eliminación por períodos prolongados. • <i>Campylobacter sp.</i>: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo se elimina por materia fecal durante hasta 5-7 semanas. • <i>Shigella sp.</i>: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo. • <i>Salmonella spp.</i>: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo. • <i>Giardia duodenalis</i>: durante el período de excreción de quistes. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: se desconoce, sin embargo la bacteria es excretada durante un promedio de seis semanas después del diagnóstico. • <i>Entamoeba histolytica</i>: mientras se expulsan los quistes por las heces.
Período de incubación	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: de 24 a 72 horas, aproximadamente. • <i>Escherichia coli</i>: de 3 a 8 días, con una mediana de 3-4 días. • <i>Campylobacter sp.</i>: de 1 o 2 días. • <i>Shigella sp.</i>: varía de 1 a 7 días, pero típicamente es de 2 a 4 días. • <i>Salmonella spp.</i>: desde 6 hasta 48 horas, dependiendo de la dosis infectante, la que puede ser de 15 a 20 UFC para algunos serotipos. • <i>Giardia duodenalis</i>: es de 1 a 4 semanas. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: de manera típica va de 4-6 días, aunque varía de 1-14. • <i>Entamoeba histolytica</i>: es de 2 a 4 semanas.
Susceptibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: la susceptibilidad alcanza su nivel máximo entre los 6 y 24 meses de edad; a los 3 años de edad, casi todos los niños han generado anticuerpos contra rotavirus. Los individuos inmunodeficientes están expuestos al peligro particular de excretar por largo tiempo el antígeno de los rotavirus y a sufrir diarrea intermitente por dichos virus. La diarrea es poco frecuente en lactantes infectados de menos de 3 meses de edad. • <i>Escherichia coli</i>: la dosis infectante es muy baja, no es bien conocida la susceptibilidad e inmunidad a este agente. La edad avanzada aparece como un riesgo, sobre todo si está vinculada a hipoclorhidria, que puede ser un factor contribuyente a la susceptibilidad. Los infantes menores de 5 años tienen mayor riesgo de desarrollar síndromes hemolítico-urémicos. • <i>Shigella sp.</i>: la mayoría de los episodios de shigelosis en pacientes previamente sanos son autolimitados y se resuelven en 5 a 7 días sin secuelas. • Las complicaciones más graves, que pueden incluso comprometer la vida, se ven en inmunodeprimidos, desnutridos y niños pequeños. Estas son fundamentalmente alteraciones hidro- metabólicas (deshidratación, hipona-tremia, hipoglicemia) y complicaciones intestinales como megacolon tóxico o perforación intestinal. • La bacteriemia por <i>Shigella</i> es mucho más rara y se observa casi exclusivamente en inmunodeprimidos. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: afecta a los niños menores de edad y a los adultos con factores de predisposición como el almacenamiento excesivo de hierro y estados inmunosupresores.

1.3. Justificación para la vigilancia

La enfermedad diarreica aguda, continúa siendo un problema de salud pública significativo por lo que se requiere de acciones de vigilancia y seguimiento rutinario con el objeto de caracterizar su comportamiento a nivel nacional y subnacional, identificar situaciones de riesgo y detectar de manera oportuna situaciones inusuales que sirvan de insumo para la toma de decisiones y la definición de acciones de prevención y control adecuadas.

De igual manera se requiere contar con información del comportamiento de la enfermedad diarreica aguda como parte de las acciones de monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública específicamente en las dimensiones de Salud Ambiental, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Vida saludable y condiciones transmisibles así como en las dimensiones transversales y del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El análisis del comportamiento de la enfermedad diarreica aguda se constituye además en un insumo fundamental para la construcción de mapas de riesgo en el marco de la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano así como un instrumento de monitoreo y evaluación de las acciones de mejoramiento a sistemas de abastecimiento de agua y de ampliación de la cobertura de acceso a agua potable y como insumo para el análisis del impacto de otros factores de riesgo ambiental como el clima y el cambio climático.

1.4. Usos de la vigilancia para el evento

Realizar el seguimiento y caracterización continua y sistemática de los casos de enfermedad diarreica aguda de acuerdo con los procesos establecidos, notificación, recolección, diagnóstico por laboratorio y análisis de los datos para generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento en los niveles municipal, departamental y nacional.

Los usuarios de la información de la vigilancia de la enfermedad diarreica aguda son las instituciones del sector salud en el nivel nacional y subnacional y otros sectores (Ministerio de Ambiente, Vivienda, Corporaciones Ambientales, Superintendencia de servicios públicos, entre otros) así como la comunidad académica y comunidad en general.

2. Objetivos de la vigilancia del evento

- Caracterizar el comportamiento de la enfermedad diarreica aguda en el país.
- Definir zonas y áreas geográficas de riesgo para la ocurrencia del evento en el país
- Estimar la tendencia de la enfermedad diarreica aguda en el país
- Identificar e intervenir de manera oportuna la ocurrencia de conglomerados o brotes de la enfermedad diarreica aguda en el país.

3. Definiciones Operativas de Caso

Tipo de Caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica.	Persona de cualquier edad que presente tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, con hasta 14 días de duración.

*Fuente: Adaptación definición de caso OMS.
 Clasificación Internacional de enfermedades (CIE)

Hospitalizado: Persona de cualquier edad ingresada a la sala de rehidratación (niños) o a la sala de hospitalización.

Deben ser considerados los siguientes criterios de exclusión:

- Presentar diarrea prolongada (más de 14 días de duración).
- Haber sido hospitalizado por otra razón, aunque presente diarrea.

Toda muerte por EDA en población de cinco años y más sin causa clara debe ser considerada como un caso sospechoso de Cólera y se deben iniciar de manera inmediata las acciones definidas en el protocolo del evento.

4. Fuentes de los datos

4.1. Definición de la fuente

4.1.1 Primaria: Registros Individuales de Prestación en Salud (RIPS), Registro Único de Afiliaciones módulo defunciones (RUAF).

4.1.2 Secundarias: Información vigilancia calidad del agua de consumo humano (Sivicap), mapas de riesgo fuentes de abastecimientos de agua, datos clima y precipitaciones (IDEAM), datos de la vigilancia de los factores de riesgo ambiental, otros.

4.2. Periodicidad del reporte

Notificación	Responsabilidad
Notificación semanal	De la UPGD al municipio: presencia o ausencia de casos de morbilidad por EDA en todos los grupos de edad. • Del municipio al departamento: presencia o ausencia de casos de morbilidad por EDA en todos los grupos de edad. • Del departamento a la nación: presencia o ausencia de casos de morbilidad por EDA en todos los grupos de edad. *Debe informarse semanalmente de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública

4.3 Flujo de información

El flujo de datos de notificación de eventos de interés en salud pública se puede consultar en el documento: “Metodología de la operación estadística de vigilancia

rutinaria” que puede ser consultado en el portal web del INS: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/Metodologia_SIVIGILA.pdf



4.4. Responsabilidad por niveles

Entidades administradoras de planes de beneficios de salud

- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.
- Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en salud pública.
- Participar en las estrategias de vigilancia definidas para la prevención y control de la enfermedad diarreica aguda planteadas por la autoridad sanitaria territorial.

Instituciones prestadoras de servicios de salud

- Garantizar la atención integral del caso, de acuerdo con la guía de atención de enfermedad diarreica aguda (según la normatividad vigente).
- Realizar la notificación colectiva del evento y remisión de la ficha de notificación al nivel correspondiente según flujo de información.
- Notificar de manera inmediata a la unidad local la detección de conglomerados o aumento inusitado en el número de casos.
- Realizar búsqueda activa institucional cuando se detecte silencio epidemiológico o disminución inusitada de la notificación de casos.
- Realizar análisis general del comportamiento de la notificación con periodicidad semanal para detectar conglomerados o aumento inusitado de casos.
- Realizar análisis del comportamiento del evento con periodicidad mensual.

Unidad local de salud

- Consolidar la información del área de su jurisdicción y realizar la notificación al nivel correspondiente según flujo de información.
- Realizar análisis general del comportamiento de la notificación con periodicidad semanal para detectar conglomerados o aumento inusitado de casos.
- Desarrollar acciones de análisis e investigación de campo (si se requiera) cuando se detecte un aumento inusitado de casos o conglomerados en el área de su jurisdicción y llevar a cabo las acciones de control en salud pública.
- Notificar de manera inmediata a la Secretaría departamental o distrital de salud la detección de

conglomerados o aumento inusitado en el número de casos y las acciones de investigación y control desarrolladas.

- Realizar análisis del comportamiento del evento en el área de su jurisdicción con periodicidad mensual.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y según lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública.

Secretaría departamental o distrital de salud

- Consolidar la información del área de su jurisdicción y realizar la notificación al nivel correspondiente según flujo de información.
- Realizar análisis general del comportamiento de la notificación con periodicidad semanal para detectar conglomerados o aumento inusitado de casos.
- Realizar análisis del comportamiento del evento en el área de su jurisdicción con periodicidad trimestral.
- Realizar asistencia técnica a la unidad local de salud según evaluación de riesgo para el evento.
- Realizar análisis del comportamiento del evento en el área de su jurisdicción con periodicidad semanal.
- Concurrir a la unidad local de salud, si se requiere, en el desarrollo de acciones de análisis e investigación de campo cuando se detecte un aumento inusitado de casos o conglomerados y llevar a cabo las acciones de control en salud pública.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y según lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública.

Instituto Nacional de Salud

- Realizar asistencia técnica y acompañamiento a las entidades territoriales según evaluación de perfil de riesgo para el evento.
- Apoyar a la entidad territorial, si se requiere, en el desarrollo de acciones de análisis e investigación de campo cuando se detecte un aumento inusitado de casos o conglomerados y llevar a cabo las acciones de control en salud pública.
- Realizar análisis de la información registrada en el Sistema de vigilancia en salud pública y divulgar estos resultados (Boletín epidemiológico semanal, informe de evento, entre otros) para contribuir al diseño de estrategias de prevención y control a nivel nacional y subnacional.

5. Recolección y procesamiento de datos

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Protección Social.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

La vigilancia de la morbilidad por enfermedad diarreica aguda se realiza con periodicidad semanal en todas las UPGD independiente de su nivel de complejidad, a partir de los datos de los registros de prestación de servicios de salud (RIPS) y a través de la herramienta SIANIESP. Para evitar duplicidad, los casos deberán ser notificados una vez por semana, independiente del tiempo de estancia hospitalaria (urgencias, observación, servicio de hospitalización, UCI, etc).

Las UPGD deben contar con la información de los RIPS con periodicidad semanal, según la estructura definida en la Resolución 3374 del 2000 y realizar el procedimiento de notificación de la morbilidad con la herramienta SIANIESP.

*Para revisar este procedimiento consultar en http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/Anexo%204%20Manual%20Sianiesp_V01.pdf

Las UPGD que no cuentan con la información de RIPS con periodicidad semanal podrán realizar el procedimiento de notificación según la rutina usada previamente, sin embargo, se aclara que en el proceso de transición el 100 % de las UPGD deberán realizar la notificación a través de RIPS mediante la herramienta SIANIESP (meta año 2019), por lo que se deberán generar los mecanismos necesarios para garantizar el proceso de generación de RIPS con periodicidad semanal y notificación a través de esta herramienta.

*Para la variable condición final muerto para cada servicio se debe tomar el número de muertes en las que la causa (básica, antecedente o directa sea la enfermedad diarreica aguda).

Ajustes por periodo epidemiológico.

Los ajustes a la información de casos de morbilidad por enfermedad diarreica aguda se deben realizar a más tardar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema AI tratarse de notificación colectiva los ajustes válidos son 7 (calidad del dato y D error de digitación).

6. Análisis de la información

Se deberá realizar por niveles el análisis de la información a partir de la ficha de datos colectivos (código 998) a través de medidas de frecuencia y tendencia cuyo objetivo será conocer el comportamiento del evento.

Antes del proceso de análisis se deberá desarrollar un proceso de depuración, eliminación de registros repetidos y revisión de la calidad de los datos de cada una de las variables. El proceso de análisis debe incluir:

- Comportamiento de la notificación de casos por semana epidemiológica.
- Comparación periódica de la notificación con el comportamiento histórico del evento para detección de aumento inusitado de casos.
- Distribución de casos por entidad territorial por niveles (departamento/ distrito – municipio).
- Comportamiento por grupos de edad (énfasis población menor de cinco años)
- Incidencia del evento por nivel y comparación del comportamiento con el nivel nacional.
- Tendencia del evento y comparación del comportamiento con el nivel nacional.
- Revisión de ajustes por periodo epidemiológico.

En cada nivel UPGD, UNM, UND, a partir de los datos notificados, se deben construir tablas por unidades de observación (UPGD, municipio, regiones, entre otros), por semana, periodo epidemiológico, trimestres, semestre, según el caso; con el objetivo de identificar tendencias y detectar de manera oportuna un cambio en el comportamiento del evento. Por nivel se deben tener actualizado el canal endémico para el evento.

En conjunto con el área de salud ambiental se deben desarrollar metodologías de análisis y revisión del comportamiento del evento con los hallazgos de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y de otros factores de riesgo ambiental para identificar relaciones plantear acciones de intervención, control o comunicación del riesgo.

De igual manera se deben generar los mecanismos para compartir la información del comportamiento del evento con otros sectores de manera que sirva como insumo para la toma de decisiones.

Para el cálculo de los indicadores se la población utilizada es tomada de las proyecciones de población 2005-2020 DANE.

6.1. Indicadores

Nombre del indicador	Proporción de UPGD y municipios silenciosos
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de UPGD y Municipios silenciosos por semana epidemiológica
Periodicidad	Semanal
Propósito	Evaluar el cumplimiento en la notificación.
Definición operacional	Numerador: número de UPGD silenciosas por semana epidemiológica Numerador: número de municipios silenciosos por semana epidemiológica Denominador: total de UPGD caracterizadas activas Denominador: total de municipios
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	La proporción de UPGD / municipios silenciosos en la semana epidemiológica ____ es del ____
Nivel	Nacional, departamental, municipal, distrital
Meta	100%

Nombre del indicador	Proporción de incidencia enfermedad diarreica aguda
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Número de casos enfermedad diarreica aguda por cada 1000 habitantes
Periodicidad	Semana, periodo epidemiológico, semestral, anual
Propósito	Evaluar la magnitud del evento
Definición operacional	Numerador: total de casos de enfermedad diarreica aguda
	Denominador: total de población en el periodo a evaluar (municipio o departamento) (Censo DANE 2005/Proyecciones)
Coficiente de multiplicación	1000
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	La proporción de incidencia de enfermedad diarreica aguda es de ____
Nivel	Nacional, departamental, municipal, distrital
Meta	No aplica

7. Orientación de la acción



7.1. Acciones a Nivel Individual

- Notificación de los casos de enfermedad diarreica.
- Manejo de casos según guía de atención vigente, con énfasis en el manejo en la población infantil para evitar complicaciones y muerte.
- Recomendaciones generales de control para individuos con enfermedad diarreica aguda.

7.2. Acciones a nivel colectivo

Con periodicidad semanal, por nivel se deberá realizar el monitoreo y seguimiento al evento mediante metodologías de análisis que permitan caracterizar el comportamiento semanal dentro de lo esperado o identificar comportamientos inusuales (aumento o disminución). Todo comportamiento inusual deberá ser revisado para corroborar si se trata realmente de un comportamiento inusual o fallas en la notificación.

Ante la sospecha de un brote por enfermedad diarreica aguda, es necesario realizar un análisis completo del comportamiento del evento comparándolo con el comportamiento histórico en el área identificada. Ante la confirmación de un brote o conglomerado de casos se deberán realizar las acciones de investigación de

campo en conjunto con el laboratorio de salud pública y el equipo de salud ambiental.

La investigación epidemiológica de campo debe incluir:

- Búsqueda activa institucional y comunitaria de casos.
- Identificar y caracterizar los grupos de población expuesta según tiempo, lugar y persona.
- Identificar y caracterizar posible fuente y el modo de transmisión.
- Según hallazgos realizar recolección de muestras: biológicas, alimentos, agua, superficies, según el caso.
- Se deberá incorporar al análisis de la situación los hallazgos de la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano, así como otros factores de riesgo ambiental que puedan aportar elementos a la caracterización y comprensión del evento.
- Si se considera al agua como posible fuente es necesario realizar un proceso completo de caracterización del sistema de abastecimiento de agua en conjunto con las instituciones involucradas en el proceso.
- En conjunto con el grupo de salud ambiental se deben realizar las acciones de IVC a los establecimientos o lugares implicados según hallazgos.
- Trasversal a las acciones de investigación de campo se debe generar una estrategia de comunicación



del riesgo dirigida a profesionales de la salud y población general.

La descripción de hallazgos así como de las acciones desarrolladas se deberá consolidar (informe de 24 horas, 72 horas y final) y enviar sin excepción al responsable del evento con copia al Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata del INS.

La notificación del brote se debe realizar a través de la ficha de notificación colectiva del evento (Cod 998).

Nota: Para mayor información sobre el proceso de investigación epidemiológica de campo consultar el Documento General para Investigación de Casos.

Es importante resaltar que un brote o conglomerado de casos de EDA puede estar relacionado con una enfermedad transmitida por alimentos (ETA) por lo que se deberá tener en cuenta las acciones definidas para el abordaje y control de brotes de ETA lo cual incluye identificación de posible fuente y toma de muestras biológicas, alimentos, agua, y otros según hallazgos. Si los hallazgos de la investigación epidemiológica de campo confirman la existencia de un brote de ETA se deberá realizar la notificación del brote a través de la ficha colectiva del evento (Cod 350) y adelantar las acciones definidas en el protocolo del evento.

Si se descarta la existencia de un brote de ETA y los hallazgos de la investigación de campo y de laboratorio indican que se trata de un brote de EDA, se deberá realizar y desarrollar las demás acciones definidas en el Documento General para investigación de casos lo cual incluye elaboración de informes entre otros.

8. Comunicación del riesgo

Con periodicidad semanal la información deberá ser analizada por el equipo de Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua a nivel municipal, distrital, departamental y nacional para disponer de un insumo que oriente las acciones de promoción de la salud, prevención, atención de pacientes y gestión de contingencias; este análisis deberá permitir en cada nivel hacer una evaluación del riesgo y definir zonas o áreas prioritarias para el evento.

Para mayor información sobre el proceso de investigación epidemiológica de campo ante conglomerados o brotes, consultar el Documento General para Investigación de Casos.

7.3. Acciones de Laboratorio

De manera rutinaria no se realizan acciones de vigilancia por laboratorio, estas acciones se desarrollarán en el marco de una intervención de brote o aumento inusitado de casos.

Muestras Biológicas.

- Muestras de materia fecal para procesamiento en el área de microbiología, virología o parasitología según hallazgos.

*Se debe considerar la capacidad técnica y resolutive del laboratorio de salud pública departamental según lo cual se definirá si las muestras serán procesadas en el LSPD o serán remitidas a la Red Nacional de Laboratorios del INS.

*Para la toma, embalaje y envío de muestras se debe considerar el manual definido para tal fin.

Muestras ambientales

Los tipos de muestras de agua y el procedimiento para recolección de muestra es el descrito según la fuente seleccionada en el Manual de Instrucciones para la Toma, Preservación y Transporte de Muestras de Agua para Consumo Humano.

La información nacional será publicada de forma oficial a través del Boletín Epidemiológico Semanal y del Informe de evento con periodicidad mensual los cuales pueden ser consultados en la página electrónica del Instituto Nacional de Salud. Cada entidad territorial deberá enlazarse a esta publicación a través de sus páginas web institucionales.



Para obtener más información sobre alertas o circulares generadas en relación a este evento se recomienda la consulta de la del), Ministerio de Salud y Protección Social (<https://www.minsalud.gov.co>), Organización

Panamericana de la Salud (<http://www.paho.org/hq/>) y del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (<http://www.cdc.gov/>).

9. Referencias bibliográficas

- 1.1. Bryce J, B.-P. C. WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children (2005) (365).
2. Clark, B., & McKendrick, M. A review of viral gastroenteritis (2004). (17).
3. Pires SM, Fischer-Walker CL, Lanata CF, Devleeschauwer B, Hall AJ, Kirk MD, et al. (2015) Aetiology-Specific Estimates of the Global and Regional Incidence and Mortality of Diarrhoeal Diseases Commonly Transmitted through Food. PLoS ONE 10(12).
4. Fischer Walker CL, Sack D, Black RE (2010) Etiology of Diarrhea in Older Children, Adolescents and Adults: A Systematic Review. PLoS Negl Trop Dis 4(8)
5. Fisher-Walker CL, Rudan I, Liu L, Nair H, Theodoratou E, Bhutta ZA, et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. Lancet. 2013 Apr 20; 381(9875):1405–16.
6. Proyectos de Fortalecimiento del sistema de vigilancia de las EDAs. México: Archivos de Investigación Materno Infantil. (2005).
7. Sociedad Española de Epidemiología. Epidemiología de las Gastroenteritis Agudas Víricas. Aspectos Actuales. (2007).
8. WHO, Banco Mundial UNESCO. Incidencia enfermedad diarreica por país. (2014)
9. UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women (2017)
10. Manual Enfermedad Diarreica Aguda. México, Gobierno Estatal. (2010).
11. Instituto nacional de Salud. Informe de evento, Enfermedad Diarreica Aguda 2016.
12. Lamberti et al. Systematic review of diarrhea duration and severity in children and adults in low- and middle-income countries BMC Public Health 2012, 12:276
13. Muñoz, N. e. Vigilancia en red de los serotipos y la susceptibilidad antimicrobiana de Salmonella spp., Shigella spp. y. (20). (2000).
14. Riveros, M., & Ochoa, T. (2015). Enteropatógenos de Importancia en Salud Pública. 32(1).

10. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
01	2016	10	12	Elaboración protocolo de vigilancia	Angélica Ma Rojas Bárcenas Contratista
02	2017	12	29	Publicación del protocolo de vigilancia	Angélica Ma Rojas Bárcenas Contratista

REVISÓ	APROBÓ
Oscar Eduardo Pacheco García	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirector de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. Anexos

En el siguiente enlace puede descargar la ficha