



**Protocolo de vigilancia
en salud pública**

IRA por Virus Nuevo

Código: 346

Versión 01

Fecha 22 de marzo de 2024

Créditos

HELVER GUIOVANNY RUBIANO GARCIA
Director General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Elaboración Versión 01
SANDRA MILENA APARICIO FUENTES
Profesional especializado

Revisión
SANDRA LUCERO BONILLA MOLANO
Coordinadora Grupo de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
Prevenibles por vacunación y Asociadas a la Atención en Salud

Aprobación
DIANA MARCELA WALTEROS ACERO
Subdirectora de prevención, vigilancia y control en salud pública

© Instituto Nacional de Salud
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud.
Protocolo de vigilancia en salud pública de IRA por
virus nuevo. Versión 1. [Internet] 2024.
<https://doi.org/10.33610/338221vfgbjp>

Contenido

1.	Introducción	5
1.1.	Situación epidemiológica	5
1.1.1.	Situación epidemiológica mundial	5
1.1.2.	Situación epidemiológica en América.....	6
1.1.3.	Situación epidemiológica nacional	6
1.2.	Estado del Arte.....	6
1.3.	Justificación para la vigilancia	8
1.4.	Usos y usuarios de la vigilancia	8
2.	Objetivos específicos	8
3.	Definiciones operativas del evento.....	9
4.	Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles.....	9
4.1.	Estrategias de vigilancia	9
4.1.1.	Vigilancia basada en comunidad.....	10
4.2.	Responsabilidad por niveles	10
4.2.1.	Ministerio de Salud y Protección Social	10
4.2.2.	Instituto Nacional de Salud.....	11
4.2.3.	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	11
4.2.4.	Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.....	11
4.2.5.	Secretarías Municipales y Locales de Salud.....	12
4.2.6.	Unidades Primarias Generadoras del dato.....	12
5.	Recolección, procesamiento de datos y flujos de información.....	12
5.1.	Periodicidad del reporte.....	12
5.2.	Flujo de información.....	13
5.3.	Fuentes de información	13
6.	Análisis de información.....	13
6.1	Procesamiento de datos.....	13
6.2.	Análisis rutinarios y comportamientos inusuales	14
7.	Orientaciones para la acción	14
7.1.	Acciones Individuales.....	14
7.1.1.	Investigación epidemiológica de campo.....	14
7.2.	Acciones colectivas.....	15
7.2.1.	Información Educación y comunicación	15
7.2.2.	Búsqueda Activa Comunitaria.....	15

7.2.3.	Búsqueda Activa Institucional.....	15
7.2.4.	Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública.....	15
7.3.	Acciones de Laboratorio.....	16
7.3.1.	Obtención de muestras para estudio por laboratorio.....	16
7.3.2.	Conservación, Embalaje y transporte de muestras.....	17
7.3.3.	Análisis de resultados de laboratorio	17
8.	Comunicación del riesgo.....	17
9.	Indicadores	18
10.	Referencias.....	20

1. Introducción

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron un virus de la familia Coronaviridae como agente causante del brote en Wuhan, denominado “nuevo coronavirus” (1) y posteriormente SARS-CoV-2 (2). Dado que los coronavirus suelen producir síntomas respiratorios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó a la enfermedad confirmada por este virus como COVID-19 y emitió recomendaciones de protección personal contra la infección, para evitar el contagio de otras personas (3).

La vía de transmisión del SARS-CoV-2 es principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones que contienen el virus, aunque la vía de transmisión aérea por núcleos goticulares de menos de 5 micras también se ha descrito en procedimientos que generan aerosoles (4).

El 30 de enero de 2020, la OMS declaró la epidemia de COVID-19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). El 11 de marzo, ante la rápida propagación y su gravedad, se elevó el estatus a pandemia.

Desde entonces, todos los países desarrollaron acciones para prevenir y controlar la diseminación, haciendo énfasis en las medidas no farmacológicas.

El primer caso detectado en Colombia fue el 6 de marzo de 2020. En respuesta a esta emergencia por COVID-19, el 12 de marzo, el gobierno decretó la emergencia sanitaria en el país y se adoptaron medidas para hacer frente al virus. En febrero de 2021, Colombia adoptó el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, con una primera fase para reducir la morbilidad grave y la mortalidad específica, y una segunda para reducir el contagio (5).

El 6 de mayo de 2023, la OMS declaró el fin de la emergencia de salud pública internacional por la COVID-19, reconociéndola como un problema establecido y persistente. En consecuencia, recomendó a los países mantener las medidas como la vacunación y de salud pública basadas en el riesgo cuando sean necesarias, y continuar con la notificación de los datos de vigilancia y secuenciación genómica, así como la comunicación periódica del riesgo (6).

En respuesta a las recomendaciones de la OMS, desde comienzo de la pandemia, Colombia ha mantenido la vigilancia del evento de IRA por virus nuevo en el marco de las estrategias de la infección respiratoria aguda con el propósito de analizar el comportamiento de la enfermedad y suministrar información para la generación de estrategias de prevención, contención y control.

1.1. Situación epidemiológica

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

La enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19) se ha propagado rápidamente a escalas comunitaria, regional e internacional, con un aumento exponencial del número de casos y muertes (7).

En el 2020 el primer año de la pandemia, se registraron globalmente 79 231 893 de casos con 1 754 574 de muertes atribuidas; siendo la región más afectada las Américas seguida por Europa. Para final de 2021 el número de casos ascendió a 278 714 484 con 5 393 950 muertes; a 31 de diciembre de 2022 el total de casos fue de 656 398 043 y 6 672 752 muertes. (8,9).

Con corte al 17 de diciembre de 2023, el total de casos fue de 772 838 745 casos y 6 988 679 muertes acumuladas. En estos tres años, Europa y América se mantuvieron como las

regiones más impactadas por la pandemia (11).

A final de 2021 la OMS había declarado cinco variantes de preocupación del virus: Alfa, Beta, Gamma, Delta y Ómicron, esta última ha permanecido constante desde noviembre de 2021, sin embargo, presenta mutaciones clasificadas como sublinajes.

1.1.2. Situación epidemiológica en América

Al 27 de diciembre de 2020 en América se habían presentado 34 403 371 casos y 840 247 muertes; Estados Unidos y Brasil fueron los países más afectados. En noviembre y diciembre de 2022, aumentó de manera importante los casos nuevos, en la mayoría de los países de las Américas.

A diciembre de 2023, según la Organización Mundial de la Salud, la región de las Américas presentó una notificación de 193 169 196 casos y 2 975 481 muertes; se destacaron Estados Unidos, Brasil, Chile, Bolivia y Puerto Rico con las tasas más altas, sin embargo, todas las subregiones presentaron una disminución relativa en la tasa de incidencia en comparación con fechas anteriores (7).

La variante de preocupación ómicron se introdujo en las Américas a final de 2021 y reemplazó rápidamente a Delta y otros linajes en toda la región. Ómicron ha sido informada por 54 países y ha sido predominante en todos los países de la región de las Américas desde 2022 (8).

1.1.3. Situación epidemiológica nacional

Durante el 2020, en Colombia se confirmaron 1 814 377 casos y 51 173 muertes por COVID-19. Esto dio lugar a una tasa de incidencia de 3,577.47 casos por cada 100,000 habitantes y una tasa de mortalidad de 100.90 muertes por cada 100,000 habitantes.

En el transcurso del 2021, la transmisión del SARS-CoV-2 persistió en el país, superando los registros del año anterior con 3,565,059 casos y 80,313 muertes, para una tasa de incidencia de 7.032 casos por cada 100,000 habitantes y una tasa de mortalidad de 158,44 por cada 100,000 habitantes.

Para el 2022, la incidencia se situó en 1,822 casos por cada 100,000 habitantes. Los municipios con las mayores incidencias fueron Bogotá (4 616,0), Bucaramanga (4 232,2), Barranquilla (3 779,8), Medellín (3 323,5) y Cali (2 963,4). En cuanto a la mortalidad, se reportaron 12,197 muertes por COVID-19, con una tasa de mortalidad de 23.6 fallecidos por cada 100,000 habitantes. Las tasas más altas por municipio se observaron en Armenia (54,2), Cali (53,7), Bucaramanga (52,9), Neiva (45,5), Pasto (42,1) y Medellín (40,9).

Hasta el 30 de diciembre de 2023, se han notificado 35 382 casos y 784 fallecidos en el 2023, con una incidencia de 68,93 y una mortalidad de 1,52 casos por cada 100,000 habitantes. Las ciudades más afectadas fueron Bogotá, Medellín, Popayán, Bucaramanga y Cali.

Al igual que en otros países, durante el primer año de la pandemia se evidenciaron en Colombia las variantes alfa, beta y gama; en 2021, entre febrero y agosto, la variante Mu ganó espacio rápidamente, con la posterior aparición de la variante Delta. Y desde comienzo de 2022 y todo 2023 la variante circulante fue Ómicron.

1.2. Estado del Arte

La vía de transmisión del SARS-CoV-2 es principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones que contienen el virus, aunque

la vía de transmisión aérea por núcleos goticulares de menos de 5 micras se ha descrito en procedimientos que generan aerosoles (4).

Los síntomas pueden aparecer de 2 a 7 días después de la exposición al virus siendo los más frecuentes fiebre o escalofríos, tos, disnea, fatiga, astenia, adinamia, cefalea, anosmia, hipogeusia, odinofagia, congestión, náuseas, emesis y diarrea; estos síntomas pueden cambiar con las nuevas variantes del COVID-19 y según el estado de vacunación (9,10).

En contraste, estudios han evidenciado que al menos el 20% de las personas infectadas por el SARS-CoV-2 permanecen asintomáticas y pueden ser portadoras del virus, contribuyendo así a la propagación de la enfermedad, aunque con menor capacidad infectante (11).

Los virus como el SARS-CoV-2 evolucionan constantemente a medida que se producen cambios en el código genético (provocados por las mutaciones o la recombinación viral) durante la replicación del genoma. En la tabla 1 se presentan las características del virus y la enfermedad.

Tabla 1. Características generales del SARS-CoV-2 y la enfermedad

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	El SARS-CoV-2 es un virus envuelto que contiene un genoma de ARN y pertenece a la familia Coronaviridae. Los virus como el SARS-CoV-2 evolucionan constantemente a medida que se producen cambios en el código genético (provocados por las mutaciones genéticas o la recombinación viral) durante la replicación del genoma.
Modo de transmisión	Al igual que otras infecciones respiratorias el virus se pueden transmitir a través de gotículas respiratorias, contacto cercano directo o indirecto a través de las mucosas de ojos, nariz y boca, superficies contaminadas y por aerosoles en entornos cerrados con exposición continua a altas concentraciones. Por consiguiente, el virus de la COVID-19 se puede contagiar por contacto directo con una persona infectada y, de forma indirecta, por la contaminación viral de objetos comunes, la dispersión del virus en ambientes cerrados y la transmisión por parte de personas infectadas que no muestran síntomas(10,12).
Período de incubación	En promedio 2 a 7 días después de la exposición al virus
Susceptibilidad	La mayoría de las personas infectadas por el virus experimentarán una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperarán sin requerir un tratamiento especial. Sin embargo, algunas enfermarán gravemente y requerirán atención médica. Las personas mayores y las que padecen enfermedades subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. Cualquier persona, de cualquier edad, puede contraer la COVID-19 y enfermar gravemente o morir.

1.3. Justificación para la vigilancia

Desde comienzo de la pandemia la OMS sugirió a los países incluir COVID-19 en la lista de enfermedades de declaración obligatoria y su notificación inmediata (13) y teniendo en cuenta el comportamiento de la pandemia, es fundamental continuar con las medidas establecidas, como la aplicación de vacunas, la implementación de medidas sociales y de salud pública basadas en el riesgo según sea necesario, mantener la notificación de los casos para la vigilancia y secuenciación genómica, así como llevar a cabo una comunicación periódica del evento.

Uno de los pilares del plan antipandemia es la vigilancia colaborativa, que abarca la vigilancia epidemiológica y de laboratorio de los patógenos respiratorios. La consolidación de esta información es esencial, ya que ayuda en la creación de medidas de respuesta efectivas.

En Colombia, la distribución de la enfermedad permanece activa en todo el territorio nacional, por lo que se requiere mantener la vigilancia del evento para identificar las tendencias en morbilidad y mortalidad.

El monitoreo del comportamiento de la mortalidad o de la hospitalización en sala general o en unidad de cuidados intensivos e intermedios, permiten establecer la gravedad de la COVID-19. Así mismo, los entornos cerrados favorecen la propagación del virus, por lo que la vigilancia en estos ambientes permite identificar situaciones de riesgo e identificar oportunamente los conglomerados y por lo tanto controlar y mitigar la enfermedad.

En Colombia se realiza la vigilancia de la infección respiratoria aguda (IRA), a través de diversas estrategias que contemplan el monitoreo la morbilidad mediante la notificación colectiva de las enfermedades respiratorias, la vigilancia centinela, la infección respiratoria aguda grave (IRAG)

inusitada, mortalidad en menores de cinco años y desde 2020 se incorporó la vigilancia de virus nuevo como parte integral de estas estrategias.

La estrategia de vigilancia por laboratorio tanto virológica como genómica hace posible el seguimiento de la circulación del virus, los cambios en sus características, así como el comportamiento de las variantes de preocupación o de interés.

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia

Establecer la frecuencia y distribución de casos de COVID-19 en el territorio nacional, con el fin de presentar datos e información útil y oportuna que oriente las estrategias de prevención y control.

Los usuarios de la información generada por el sistema de vigilancia serán:

- Organización Mundial de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud
- Ministerio de Salud y Protección Social
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
- Las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos
- Laboratorios de Salud Pública
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Comunidad médica
- Población general

2. Objetivos específicos

- Describir las características sociales y, demográficas de los casos confirmados de COVID-19 notificados en el territorio nacional.
- Analizar las tendencias temporales y geográficas de los casos confirmados de COVID-19 para identificar patrones de propagación, áreas de mayor incidencia y

detectar posibles conglomerados para monitorear las estrategias de control y prevención en esas áreas específicas.

- Generar alertas tempranas de situaciones inusuales en el comportamiento de

COVID19 con énfasis en áreas donde se identifique la circulación de variantes de preocupación o interés de SARS-CoV-2.

3. Definiciones operativas del evento

Tipo de caso	Características de la Clasificación
Caso confirmado por laboratorio	Persona con resultado positivo para SARS-CoV-2 independiente de los criterios clínicos o epidemiológicos, requiera o no hospitalización. Se incluirá personas asintomáticas que hayan sido sometidas a un tamizaje previo, independiente de la situación propiciada, con resultado positivo para SARS-CoV-2.
Muerte confirmada por COVID-19	Toda muerte con resultado positivo para SARS-CoV-2, con máximo 60 días desde la fecha de inicio de síntomas hasta la defunción y que contemple como causa básica de muerte COVID-19.
Ajustes	Ajuste de caso: teniendo en cuenta que solo se notifican los casos confirmados por laboratorio, los ajustes recomendados para este evento son Ajuste 7 para cambio de información básica Ajuste D: error de digitación.

4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

4.1. Estrategias de vigilancia

Esta estrategia opera en las UPGD que conforman el sistema de vigilancia, por medio de la notificación semanal de casos al SIVIGILA teniendo en cuenta la calidad del dato incluidas la veracidad y completitud de la información.

Como parte de la estrategia de vigilancia activa, se llevarán a cabo actividades de monitoreo en comunidades indígenas, poblaciones confinadas, población privada de la libertad y en eventos de afluencia masiva. Además, se tendrán en cuenta los reportes del Laboratorio Nacional de Referencia, los Laboratorios de Salud Pública y la información consolidada por los laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios.

Adicionalmente se realizará una búsqueda activa a partir de los registros de estadísticas vitales RUAF-ND, para identificar las muertes

de casos confirmados, notificados al sistema de vigilancia.

4.1.1. Vigilancia basada en comunidad

En Colombia la Vigilancia basada en comunidad hace parte de la estrategia de vigilancia basada en eventos y permitirá identificar casos, síndromes, conglomerados, muertes, situaciones de interés en salud pública y determinantes y/o factores de riesgo que pueden afectar la salud y calidad de vida de las personas (14).

Por lo anterior es importante que la comunidad reconozca las señales de alerta para COVID-19 o IRA

- Dos o más casos de en población confinada como colegios, universidades, iglesias, hogares geriátricos, empresas, fabricas entre otros
- Personas con síntomas graves que requieran atención en salud
- Fallecimientos en la comunidad que podrían estar relacionados con la enfermedad

Los gestores o vigías se enlazarán al sistema de información a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (Revcom) para el reporte de situaciones de interés, posterior a esto se realizará la verificación por las rutas de atención establecidas, para realizar las acciones correspondientes.

Adicionalmente, es fundamental hacer énfasis en la importancia del autocuidado y la adopción de medidas preventivas, tales como el lavado frecuente de manos, evitar el contacto cercano con personas enfermas y el uso de mascarillas en lugares públicos concurridos

Por último, se recomienda realizar el monitoreo exhaustivo de los medios de

comunicación en todos los niveles, desde el local hasta el nacional, con el objetivo de identificar cualquier situación de riesgo que pueda surgir.

4.2. Responsabilidad por niveles

La responsabilidad se dará según el perfil de competencias y responsabilidades contemplado en el Decreto 780 de 2016, Título 8 (Ministerio de Salud y Protección Social).

4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social

- Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del sistema de vigilancia para este evento.
- Facilitar a través de los canales de comunicación institucionales, la difusión de los mensajes claves e informaciones pertinentes para la prevención y manejo y control de las situaciones de riesgo que se presenten a nivel nacional relacionadas con la infección respiratoria, en concordancia con los lineamientos nacionales.
- Supervisar el cumplimiento de las coberturas de vacunación de acuerdo con el esquema nacional de vacunación de COVID-19.
- Formular y actualizar el plan nacional anti-pandemia, así como coordinar la participación y cooperación diferentes actores como Ministerio de Ambiente, ICA, Ministerio de Agricultura entre otros.
- Establecer los criterios para la utilización de pruebas diagnósticas del COVID-19 y

desarrollar guías de práctica clínica adaptadas a las necesidades específicas.

4.2.2. Instituto Nacional de Salud

- Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud (INS), a través de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (DVARSP), orientar y coordinar las labores técnicas y científicas relacionadas con el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA- de acuerdo con la normativa vigente.
- Realizar asistencia técnica a los referentes a niveles distrital y departamental para garantizar el flujo continuo de información al INS y la vigilancia de COVID-19.
- Retroalimentar a los involucrados en el proceso de notificación de información a través de informes y boletines de distribución nacional.
- Realizar los estudios de caracterización genómica a fin de realizar seguimiento a los cambios en la diversidad genética del SARS-CoV-2.
- Realizar análisis de la información registrada en el Sistema de vigilancia en salud pública y divulgar estos resultados (Informe de evento, circulares, alertas entre otros) para contribuir al diseño de estrategias de prevención y control a nivel nacional.
- Mantener actualizado el diagnóstico organizacional y de capacidad de oferta de la Red Nacional de Laboratorios.

4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- Diseñar estrategias de comunicación en prevención y control de la enfermedad.

- Garantizar a sus afiliados la toma de muestras en los casos indicados por la Guías del Ministerio o a criterio médico.
- Requerir a su red de prestadores que realicen la notificación por medio del Sivigila y las fichas establecidas (346) para los casos confirmados de SARsCoV.2
- Verificar y asegurar la continuidad del tratamiento de los casos con infección respiratoria aguda según complejidad del cuadro clínico.
- Desarrollar los lineamientos técnicos para la implementación de la Vigilancia basada en comunidad

4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud

- Brindar asistencia técnica permanente a los municipios o UPGD respecto al funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y el apoyo técnico necesario en la notificación de casos de IRA en todas sus estrategias.
- Liderar las salas de análisis del riesgo, presentando información necesaria para la toma de decisiones.
- Consolidar, evaluar y analizar la información de sus UNM o UPGD según corresponda y generar los reportes necesarios para fortalecer los procesos de retroalimentación, ajuste de caos y divulgación de resultados.
- Apoyar o liderar, cuando sea necesario, las unidades de análisis de las muertes por COVID en menores de cinco años gestantes y subirlas al aplicativo de unidad de análisis del INS en los tiempos establecidos.

- Realizar las acciones que lleven al cumplimiento de los Lineamientos para la Vigilancia y Control de Eventos de interés en Salud Pública vigentes.
- Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera.

4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud

- Configurar e investigar los brotes, casos de COVID-19, casos hospitalizados y todas las muertes en menores de cinco años y gestantes.
- Brindar asistencia técnica de forma permanente a los a las UPGD respecto al funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y el apoyo técnico necesario en la notificación de casos de IRA en todas sus estrategias.
- Realizar seguimiento a la notificación de COVID-19 en la ficha 346 por parte de las UPGD de su territorio, así como identificar los silencios epidemiológicos.
- Fortalecer la capacitación en los protocolos y guías vigentes para la vigilancia y la atención de la IRA incluido COVID-19 en los profesionales, técnicos y auxiliares de los prestadores de servicios de salud de la jurisdicción, así como en las acciones de prevención, manejo y control.
- Realizar un análisis permanente de los datos aportados por las estrategias de vigilancia de las diferentes expresiones de la IRA para determinar comportamientos inusuales y tomar acciones oportunas.
- Participar en las salas de análisis del riesgo, presentando información necesaria

para toma de decisiones en investigación epidemiológica y para la clasificación de los casos.

- Participar o liderar las unidades de análisis de las muertes por IRA en menores de cinco años y gestantes por COVID-19 en el 100 % de los casos.

4.2.6. Unidades Primarias Generadoras del dato

- Las UPGD caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar los casos de infección respiratoria por virus nuevo en los formatos y estructura establecidos por el INS ficha de notificación (346)
- Capacitar a los profesionales de la salud en la identificación y notificación de los casos de IRA en todas sus estrategias.
- Establecer con la EAPB el acceso a las valoraciones, exámenes de laboratorio, procedimientos diagnósticos y pruebas correspondientes para el diagnóstico diferencial en los pacientes graves.
- Participar en las unidades de análisis, presentando información necesaria para toma de decisiones y para la clasificación de los casos.

5. Recolección, procesamiento de datos y flujos de información

5.1. Periodicidad del reporte

La notificación de todos los casos confirmados de COVID-19 es de carácter obligatorio en todo el país de acuerdo con los criterios descritos en la tabla 2.

Tabla 2. Periodicidad de los reportes

Notificación	Responsabilidad
Inmediata	Los casos confirmados de COVID-19 deben reportarse de manera inmediata, 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.

5.2. Flujo de información

El flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos. El flujo de información se puede consultar en el documento: “Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila” que puede ser consultado en el portal web del INS.

5.3. Fuentes de información

El conjunto de datos requerido para describir el comportamiento de la vigilancia en salud pública del país, se obtiene a partir de la recolección realizada por las UPGD y UI en el territorio nacional, de los datos de pacientes que cumplen con la definición de caso de cada evento de interés en salud pública y que son diligenciados en el Registro Administrativo “Sivigila” utilizando cualquiera de las herramientas disponibles de la suite de Sivigila 4.0 desarrollada por el Instituto Nacional de Salud – INS.

La Operación Estadística de Vigilancia de eventos de salud pública, hace un aprovechamiento de dicho Registro Administrativo y se constituye en una de las fuentes oficiales para Colombia, de la información referente a los eventos de interés en salud pública. Para algunos eventos, esta fuente se integra a otros sistemas de información del tipo Registro que, de acuerdo con la legislación colombiana, son la fuente oficial del evento.

6. Análisis de información

6.1 Procesamiento de datos

El proceso de recolección de datos producto de la notificación a Sivigila y el proceso de aseguramiento de la calidad de los datos se describe en el Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila. Es importante mencionar que las UPGD, municipios, distritos y departamentos tienen la responsabilidad de verificar que los casos notificados cumplan con la definición operativa de caso.

Adicionalmente, es fundamental tener presente la importancia de garantizar la calidad de la información, ya que esto nos permite proporcionar análisis precisos y en tiempo real

Para realizar la depuración de la base de datos se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Depuración de la base evento 346

- a. En caso de identificar registros repetidos, se tendrá en cuenta la fecha de inicio de síntomas y se realizará el cálculo en las dos fechas, los casos con una diferencia menor a 90 días entre estos se debe eliminar un registro; los que tengan una diferencia mayor permanecerán en la base, como un caso nuevo.

b. Si es necesario eliminar uno de los dos registros, se priorizarán y dejarán en la base de datos del evento los casos fallecidos y hospitalizados, y si los dos casos tienen esta misma información se dejará el que tenga la fecha de inicio de síntomas más antigua.

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

Se debe realizar un análisis descriptivo retrospectivo, utilizando medidas de tendencia central como medias, medianas, rangos. Los datos se procesarán por fecha de inicio de síntomas y fecha de defunción. El análisis de la información se debe realizar por municipio de procedencia.

La distribución de casos puede analizarse según los grupos más afectados. Los escolares desempeñan un papel importante en la transmisión, pero los casos más graves suceden generalmente en personas situadas en los extremos de la vida (niños menores de cinco años y adultos mayores de 60).

Se recomienda construir gráficos de control para el análisis del evento COVID-19, con límites de confianza establecidos como el promedio más o menos una desviación estándar; el promedio se calculará previo análisis del comportamiento del evento.

Con el fin de identificar oportunamente comportamientos inusuales y teniendo en cuenta el curso de la enfermedad, se realizarán comparaciones entre el período epidemiológico actual (últimas 4 semanas) y el anterior, no solo en materia de casos brutos sino también comparando incidencia y mortalidad. Con esta información se pueden generar mapas de estratificación del riesgo.

Es preciso recalcar que este análisis debe hacerse a nivel municipal, departamental y nacional; con el objeto de priorizar las acciones

e iniciar en conjunto con todos los sectores medidas de control y mitigación de la transmisión en la comunidad.

7. Orientaciones para la acción

7.1. Acciones Individuales

La institución de salud (IPS) deberá realizar el diagnóstico diferencial de acuerdo con su protocolo institucional (panel viral o estudios bacteriológicos, micobacterias e imágenes diagnósticas) y valorar enfermedades respiratorias de base como: alergias, EPOC, asma, y otros.

Caso asintomático con resultado positivo identificado en actividades de tamizaje deberá ser notificado al sistema de vigilancia

Los casos probables en trabajadores de la salud siempre deben tener muestra respiratoria para confirmar o descartar la infección.

7.1.1. Investigación epidemiológica de campo

Se realizará investigación epidemiológica de campo (IEC) en las primeras 48 horas después de la notificación en los siguientes casos:

- Todo caso confirmado con condición final muerte, por la posibilidad de ser un super diseminador.
- Cuadros severos sin comorbilidades

Esta investigación tiene como propósitos localizar los contactos estrechos, identificar sintomáticos entre ellos y otros posibles nexos epidemiológicos (poblaciones de riesgo, viajeros, trabajadores de salud o de la protección social, población especial, contacto con otros casos, entre otros) e identificar comorbilidades o antecedentes que puedan complicar el curso de la enfermedad.

Para el caso de poblaciones especiales revisar el apartado de 7.2.4 Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública.

7.2. Acciones colectivas

7.2.1. Información Educación y comunicación

Realizar capacitaciones al personal de salud de manera continua acerca de la detección del cuadro clínico principalmente en los casos graves, manejo de casos y el diagnóstico diferencial.

Educar en la implementación de medidas preventivas al personal de salud y comunidad en general: higiene de manos, uso de tapabocas, limpieza y desinfección de áreas y utensilios, aislamiento del caso confirmado, evitar el contacto innecesario y promover la vacunación contra influenza y COVID-19 en los grupos establecidos.

7.2.2. Búsqueda Activa Comunitaria

Se realizará búsqueda activa comunitaria (BAC) para identificar sintomáticos respiratorios cuando se notifique un caso en población confinada o cuando luego de realizar una sala de análisis de riesgo se determine que es necesario.

7.2.3. Búsqueda Activa Institucional

Se realizará Búsqueda Activa Institucional (BAI) en los casos en que se considere necesario de acuerdo con el comportamiento epidemiológico del evento de virus nuevo o de infección respiratoria aguda grave (IRAG).

La BAI de casos de IRA por COVID-19 se realizará a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) generados en las UPGD según lo descrito en el SIANIESP, según el numeral 5.2 del documento técnico de: “Metodología de BAI de RIPS” teniendo en cuenta los códigos CIE-10

U071 y U072, así como los códigos CIE-10 J00 al J22X.

7.2.4. Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública

Una situación de brote de COVID-19 representa un incremento no esperado en la incidencia o la mortalidad de la enfermedad con respecto a su comportamiento histórico en un espacio específicamente localizado y geográficamente restringido, y se define como conglomerado de COVID-19.

Para el análisis de información en caso de conglomerado realice una curva epidémica analizando casos notificados, confirmados y descartados, tasa de ataque en población general y por grupos de edad, gráfico o tabla de grupos de edad y nacionalidad, incluya información del antecedente vacunal.

Ante la identificación de una situación de alerta, conglomerado, brote o emergencia en salud pública relacionada con el evento se recomienda evaluar la situación en el marco de una Sala de Análisis del Riesgo (SAR) territorial, involucrando a los diferentes actores y, mientras la situación se mantenga es necesario que la SAR se realice de manera periódica con el fin de realizar seguimiento y evaluar las acciones de control implementadas. Estas reuniones deben tener soporte documental (actas).

En el marco de la pandemia por COVID-19, se han fortalecido las Sala de Análisis de Riesgo, permitiendo integrar diferentes áreas, obtener información en tiempo real, realizar vigilancia en población especial y en las fronteras y fortalecer los equipos de respuesta inmediata. Se consideran poblaciones especiales:

- Población privada de la libertad
- Población de Fuerzas Militares
- Población ICBF
- Población indígena
- Trabajadores de la salud

- Los casos especiales que sean priorizados por el mecanismo de análisis del riesgo de cada entidad territorial (Sala de Análisis del Riesgo-COVID-19)

Las alertas o brotes identificados deben ser notificados inmediatamente al correo del referente del evento del INS y al Sistema de Alerta Temprana del INS, correo eri@ins.gov.co con una información preliminar "capsula de información" que describa: número de afectados, número de expuestos (si aplica), tipo de población afectada, casos graves u hospitalizados, muertes relacionadas, muestras recolectadas, nivel de riesgo, respuesta de la entidad territorial y las actividades preliminares para el control de la situación. Para la notificación de conglomerados se realizará sitrep y en el que adicionalmente se adjuntará el listado nominal de los casos que hacen parte de este; allí se registran tanto los casos confirmados por laboratorio como los casos por nexo epidemiológico a los que no se les realizó prueba pero que están asociados en temporalidad y espacio.

El cierre del conglomerado se realizará después de dos periodos largos de incubación a partir de la fecha de inicio de síntomas del último caso confirmado.

Los brotes asociados a la atención en salud ocasionados por COVID-19 que cumplan con al menos uno de los siguientes criterios deben ser notificados al correo de brotes de IAAS (brotes.iaas@ins.gov.co):

- Tasa de ataque mayor o igual al 10 %.
- Presente al menos una mortalidad.
- Involucre dos o más servicios de la institución de salud.
- Afecte población correspondiente a neonatos.

Este reporte debe tener en cuenta lo estipulado por el protocolo de brotes IAAS. <https://www.ins.gov.co/buscador->

[eventos/Lineamientos/Pro_Brotes%20IAAS%202022.pdf](#)

7.3. Acciones de Laboratorio

La relevancia del diagnóstico microbiológico del SARS-CoV-2 es crucial tanto para el tratamiento individual como para el manejo general de la enfermedad a nivel comunitario.

Hay dos categorías comunes de pruebas para diagnosticar COVID-19: Las pruebas moleculares, que identifican el ARN viral, y las pruebas de antígenos, conocidas como pruebas rápidas, que detectan las proteínas virales llamadas antígenos.

Las pruebas de laboratorio para la confirmación de los casos serán definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales incluyen pruebas moleculares RT -PCR y pruebas de antígeno y que se contemplen en la reglamentación actualizada.

7.3.1. Obtención de muestras para estudio por laboratorio

Las muestras recomendadas son las recolectadas del tracto respiratorio inferior, incluidos el esputo, el lavado bronco alveolar y el aspirado traqueal (cuando sea posible según los criterios médicos). Sin embargo, cuando la obtención de una muestra del tracto respiratorio inferior no fuera posible, las muestras del tracto respiratorio superior también son útiles. En general, se recomienda la obtención de hisopados nasofaríngeo y orofaríngeo combinados (los hisopos deben disponerse y transportarse en un mismo tubo con medio de transporte viral).

Así mismo se debe contemplar lo contenido en los Lineamientos técnicos para la vigilancia por laboratorio de virus respiratorios del laboratorio de virología del instituto nacional de salud (15).

Las entidades promotoras de salud (EAPB), entidades adaptadas e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) serán las encargadas de garantizar las pruebas de

diagnóstico y de anticuerpos para SARS CoV2 (COVID-19), según su ámbito de competencias, conforme con los lineamientos, protocolos y guías de práctica clínica establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Todos los fallecidos por Infección Respiratoria Aguda Grave - IRAG con cuadro clínico de etiología desconocida o con sospecha de COVID-19 que sea considerado por el grupo tratante, se les realizará toma de muestra post mortem no invasiva por hisopado nasofaríngeo antes de seis (6) horas post mortem, de lo contrario la muestra no es útil para análisis.

Mientras el aplicativo se mantenga, Los laboratorios clínicos, centro de investigación, Laboratorios de Salud Pública Departamentales o Distritales habilitados para realizar diagnóstico de coronavirus, deben reportar las muestras realizadas con su resultado en el aplicativo SISMUESTRAS y entregar los resultados de los casos estudiados.

7.3.2. Conservación, Embalaje y transporte de muestras

Para la conservación, embalaje y transporte de muestras considerar lo contenido en el documento Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia, emitido por el Ministerio de salud y protección social (16).

Todas las muestras clínicas deben conservarse a temperatura de refrigeración es decir entre -2 a 8°C; si van a ser procesadas después de las 48 horas se deben conservar congeladas (-70°C).

El transporte de las muestras debe realizarse con geles o pilas congeladas; temperaturas superiores a 8°C degradan la partícula viral, obteniéndose falsos negativos. Para el transporte de muestras debe usarse el sistema

básico de Triple Empaque, de acuerdo con las normativas vigentes para el transporte seguro de sustancias infecciosas (17).

7.3.3. Análisis de resultados de laboratorio

La detección viral en secreciones nasofaríngeas, orofaríngeas o cortes de tejido, mediante técnica de RT-PCR en tiempo real o detección de antígenos, confirma el caso como positivo por laboratorio.

8. Comunicación del riesgo

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública de la infección respiratoria por virus nuevo COVID-19 tiene como propósito ser un insumo para la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control de este evento en el territorio.

Con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud, el Instituto Nacional de Salud, elabora y publica de forma rutinaria los informes gráficos con el análisis del comportamiento del evento e informes semestrales y finales con los cierres anuales; estos recursos están disponibles en la página del instituto en el siguiente enlace: <https://onx.la/9442b>

Así mismo se ha publicado en el Portal Sivigila 4.0, módulos de análisis que comprenden: i. número de casos reportados, ii. Estimaciones de medidas de frecuencia, iii. Mapas de riesgo, iv. Diagramas de calor, v. generación de microdatos y vi tablero de control gráfico con la información de COVID-19 Esta información puede ser consultada en: <https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx?cod=130> y en <https://onx.la/59f5c>.

El Grupo de Factores de Riesgo Ambiental y Sanitario del INS georreferenció todos los

casos de la pandemia de COVID-19 y este puede ser consultado por las entidades territoriales tienen acceso al Geo Visor en el enlace <http://186.154.202.159/>.

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales tienen bajo su responsabilidad difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros. Es necesario divulgar este tipo de herramientas generadas desde el nivel nacional y local que optimizan el procesamiento de los datos de las diferentes unidades que hacen parte de la red de vigilancia en salud pública del país.

Cuando sea necesario el INS generará circulares o alertas a la comunidad médica o a la población general para informar sobre la situación y las medidas preventivas que se

deben implementar. Igualmente comunicará alertas emitidas por organismos internacionales como la OMS o la OPS.

En el nivel internacional los resultados de la vigilancia de influenza y otros virus respiratorios incluyendo SARS-CoV2 se publican en el informe semanal de Influenza de la OPS; adicionalmente la circulación de virus respiratorios se presenta en la red SARINET de la OPS/OMS.

9. Indicadores

Para garantizar plenamente la calidad del sistema de vigilancia, se debe revisar con regularidad utilizando en forma sistemática, un conjunto de indicadores formales. El objetivo y descripción de cada uno de estos indicadores se presentan a continuación (tabla 3).

Tabla 3. Indicadores para la vigilancia de la infección respiratoria aguda por virus nuevo en Colombia

Nombre del indicador	Incidencia de IRA por virus nuevo (COVID-19)
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de casos nuevos de COVID-19 que se presentan en una población durante un período de tiempo determinado.
Periodicidad	Acumulado, semanal, mensual, trimestral
Definición operacional	-Numerador: Número de casos confirmados de COVID-19 -Denominador: Población total
Coeficiente de multiplicación	100 000
Fuente de información	Numerador: Reporte Sivigila 346 Denominador: Proyecciones de Población DANE
Interpretación del resultado	Por cada 100 000 personas de la entidad territorial _____, se notificaron casos de COVID-19
Nivel	Nacional, departamental, municipal

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad de IRA por virus nuevo (COVID-19)
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de casos que fallecen a causa de COVID-19 en una población durante un período de tiempo determinado.
Periodicidad	Semanal, mensual, trimestral
Definición operacional	- Numerador: Número de casos que fallecen por COVID-19 - Denominador: Población total
Coeficiente de multiplicación	100 000
Fuente de información	Numerador: Reporte Sivigila 346 Denominador: Proyecciones de Población DANE
Interpretación del resultado	Por cada 100 000 personas de la entidad territorial____, fallecen por COVID-19.
Nivel	Nacional, departamental, municipal
Este indicador se calcula por criterios epidemiológicos; sin embargo, la fuente oficial de las mortalidades es el DANE	

Nombre del indicador	Porcentaje de casos COVID-19 con investigación de campo realizada
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Determina del total de casos notificados del evento que requieren investigación epidemiológica de campo (IEC), qué proporción de casos cumplió con esta condición
Periodicidad	mensual, trimestral, anual
Definición operacional	- Numerador: Número de casos COVID-19 con IEC - Denominador: Total de casos de COVID-19 que requieren IEC
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Reporte Sivigila. IEC. Notificación de conglomerados
Interpretación del resultado	La entidad territorial de ____ cumple con el ____% de las IEC que se requirieron para el evento de COVID-19
Nivel	Nacional, departamental, municipal

10. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica Nuevo coronavirus (nCoV) 16 de enero de 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.paho.org/es/node/65119>
2. Organización Mundial de la Salud. Orientación técnica: Nombrando la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y el virus que la causa. 2020.
3. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia mundial de la COVID-19 causada por la infección humana por el virus de la COVID-19. 2020 [cited 2023 Feb 20];1–4. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331740/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.6-spa.pdf>
4. Center For Disease Control and Prevention. Cómo se propaga COVID-19 [Internet]. [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/Coronavirus/2019-ncov/about/index.html>
5. Ministerio de Salud y Protección Social Departamento Nacional de Planeación Ministerio de Hacienda y Crédito Público Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 [Internet]. [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/pnv-contra-covid-19.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud-OMS_. Declaración acerca de la decimocuarta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19). 2023 Jan 30 [cited 2023 Feb 25]; Available from: [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2023-statement-on-the-fourteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2023-statement-on-the-fourteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
7. Panamerican Health Organization. Subregional and Country Epidemiological Curves. 2023 Feb;(53).
8. World Health Organization. Weekly epidemiological update on COVID-19 - 25 January 2023. 2023 Jan 25 [cited 2023 Feb 24]; Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---25-january-2023>
9. Centros para el control y Prevención de enfermedades. Síntomas del COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 24]. Available from: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
10. Sharma A AFILSK. COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. Viruses. 2021 Jan;13(2).
11. Meyerowitz EA, Richterman A, Bogoch II, Low N, Cevik M. Towards an accurate and systematic characterisation of persistently asymptomatic infection with SARS-CoV-2. Vol. 21, The Lancet Infectious Diseases. Lancet Publishing Group; 2021. p. e163–9.
12. Cai J, Sun W, Huang J, Gamber M, Wu J, He G. Indirect Virus Transmission in Cluster of COVID-19 Cases, Wenzhou, China, 2020. Emerg Infect Dis [Internet]. 2020/06/17. 2020 Jun;26(6):1343–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163030>
13. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia de salud pública en relación con la COVID-19: orientaciones provisionales. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334000/WHO->

2019-nCoV-SurveillanceGuidance-20207-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 2020 Aug;1–12.

14. Prieto Alvarado F, González Duarte M, Quijada Bonilla H, Quintero LD, Moreno Anzola N. Etapa 1.2. Sistema de alerta temprana: vigilancia basada en comunidad - Fases de implementación. [Internet]. Bogotá; 2023 [cited 2024 Feb 17]. Available from: www.ins.gov.co
15. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Lineamientos técnicos para la vigilancia por laboratorio de virus respiratorios. Actualización 2021-06-29. [cited 2023 Feb 21]; Available from: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-para-la-vigilancia-por-laboratorio-de-virus-respiratorios.pdf>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS- CoV-2 (COVID-19) en Colombia. [cited 2023 Feb 21]; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/psps02-lineamientos-gmuestras-pandemia-sars-cov-2-col.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud. Guía sobre la reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas 2019–2020. 2019 [cited 2024 Jan 11]; Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/guia-sobre-reglamentacion-relativa-al-transporte-sustancias-infecciosas-2019-2020>

11. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
01	2024	03	22	Publicación del protocolo de vigilancia	Sandra Milena Aparicio Fuentes