

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>PROCESO R02 VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</p>	<p>LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</p> <p>INT-R02.0000-002</p>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
			Página 1 de 68

# LINEAMIENTOS 2014

## PARA LA PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R02 VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
		<b>INT-R02.0000-002</b>	2013 – Dic – 06
			Página 2 de 68

**Diciembre de 2013, Colombia**

## Tabla de contenido

1. OBJETIVO .....	5
2. ALCANCE.....	5
3. RESPONSABILIDAD .....	5
4. DEFINICIONES.....	5
5. CONDICIONES GENERALES.....	6
6. MATERIALES Y REACTIVOS .....	6
7. EQUIPOS .....	6
8. DESCRIPCIÓN.....	6
8.1 LINEAMIENTOS PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA 2014.....	6
8.1.1. LINEAMIENTOS GENERALES.....	8
8.1.2. SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN.....	13
8.1.3. SUBSISTEMA DE ANÁLISIS .....	18
8.1.4. GRUPO TRANSMISIBLES.....	22
8.1.4.1. Equipo Inmunoprevenibles .....	22
8.1.4.2 Equipo Micobacterias .....	30
8.1.4.3 Equipo de enfermedades transmitidas por vectores ETV.....	33
8.1.4.4 Equipo Infecciones de transmisión sexual (ITS) .....	34
8.1.4.5 Equipo Zoonosis.....	37
8.1.4.6 Equipo Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) .....	41
8.1.4.7 Equipo Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibióticos.....	43
8.1.5. GRUPO FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL.....	44
8.1.5.1. Equipo Intoxicaciones agudas por sustancias químicas.....	44
8.1.6. GRUPO NO TRANSMISIBLES .....	46
8.1.6.1. Equipo maternidad segura, mortalidad materna perinatal, neonatal tardía y morbilidad materna extrema (MME).....	46
Informe cierre anual maternidad segura .....	46
Informe trimestral del monitoreo procesos de vigilancia en salud pública de eventos maternidad segura...	46
8.1.6.2 Equipo crónicas .....	49
8.1.6.3 Equipo vigilancia nutricional .....	59
8.1.7. GRUPO DE GESTIÓN Y RESPUESTA INMEDIATA.....	63
8.1.8. GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA APLICADA .....	65
9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA .....	67
10. CONTROL DE CAMBIOS.....	68

**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 2014

**Sivigila**  
Claudia Marcela Huguett Aragón  
Norma Rocío Lozano Falla  
Maribel Ramírez

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

**Grupo Transmisibles**  
Orlando Castillo

**Equipo Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia a los antimicrobianos y consumo de antibiótico**  
Andrea Villalobos  
Liliana Isabel Barrero  
Sandra Milena Rivera  
Sandra Milena Corredor  
María Victoria Ovalle

**Equipo Inmunoprevenibles**  
Consuelo Pinzón Gutiérrez  
Adriana Paola Ulloa Virguez  
Sandra Lucero Bonilla  
Ángela Armenta Gallego  
Flor Esperanza Gómez Rodríguez  
José Alejandro Daza Vergara  
Paola Andrea Pulido Domínguez  
Natalia Milena Acosta Amador

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

**Equipo Enfermedades transmitidas por alimentos**  
Jaime Alberto Guerrero Montilla  
Martha Patricia López Pérez  
Milena Edith Borbón Ramos  
Claudia Jimena Álvarez Álvarez  
Claudia Marcela Sánchez Correa

**Equipo Enfermedades transmitidas por vectores**

Pilar Zambrano  
Sara Gómez

**Equipo Micobacterias**

Santiago Elías Fadul Pérez  
Diana Marcela Castillo Rico  
Sandra Marina Ariza Matiz

**Equipo Zoonosis**

Diana Marcela Walteros Acero  
Andrea Elizabeth Paredes Medina  
Milena Rodríguez Bedoya  
Alberto Augusto Sánchez Useche

**Grupo No Transmisibles**

Vilma Fabiola Izquierdo

**Equipo Crónicas**

Maritza Adegis González Duarte  
Nidia González Tolosa  
Luis Alejandro Gómez  
Maira Ortiz Pinzón  
Yomar González González  
Fredy Mendivelso Duarte  
Sandra Patricia Misnaza Castrillón

**Equipo maternidad segura**

Sara del Socorro García Forero  
Esther Liliana Cuevas  
Ángela Patricia Gómez Sotelo

**Equipo vigilancia nutricional**

Edwin Fernando Quiroga Villalobos  
Claudia Patricia Roncancio  
Giomar Sichacá Ávila  
Diana Alexandra Moreno

**Grupo factores de Riesgo ambiental**

María Nathalia Muñoz

**Equipo Intoxicaciones**

Karla Mabel Cárdenas Lizarazo  
Lady Johana Domínguez Majín

**Subdirección de Análisis del riesgo y respuesta inmediata en salud pública**

**Grupo de Epidemiología Aplicada**

Luis Fuertes  
Claudia Marcela Muñoz  
Hernán Quijada Bonilla

**Grupo gestión del riesgo y respuesta inmediata**

Luis Carlos Gómez  
Ángela Patricia Alarcón  
Flavio Garzón

Jorge Mario Trujillo  
José Vicente Bello  
Soraya Salas Romero

Compilación y edición del documento  
Liliana Castillo Rodríguez  
Angélica Olaya Murillo

## 1. OBJETIVO

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

## 2. ALCANCE

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

## 3. RESPONSABILIDAD

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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

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 2014**

Marco normativo

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R02 VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
			Página 7 de 68

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, 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 al 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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

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

El Instituto Nacional de Salud (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 2014 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 de acuerdo a las competencias normativas de cada nivel, siguiendo las guías, lineamientos y protocolos emitidos desde el Instituto Nacional de Salud.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

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 2014 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](mailto:lineamientos@ins.gov.co) o también al correo electrónico [lineamientosins@gmail.com](mailto: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 2014. Para ello, enviar antes del 30 de enero de 2014 a los correos electrónicos [eri@ins.gov.co](mailto:eri@ins.gov.co) y [lineamientos@ins.gov.co](mailto:lineamientos@ins.gov.co) o también al correo electrónico [lineamientosins@gmail.com](mailto: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 2014 al correo electrónico [lineamientos@ins.gov.co](mailto:lineamientos@ins.gov.co) o también al correo electrónico [lineamientosins@gmail.com](mailto: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 resolutoria para hacerlo o como complementariedad diagnóstica.

La entidad territorial debe abogar ante las IPS para 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 del proceso de notificación establecido.

Las búsquedas activas pueden ser institucionales y comunitarias:

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b> <b>INT-R02.0000-002</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
			Página 10 de 68

### *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 rangos 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 cuadro 1 se presentan los EISP en los que la UPGD debe desarrollar BAI mediante RIPS, a través del módulo de BAI de Sianiesp, diagnósticos diferenciales para cada evento y otras fuentes, así como la periodicidad de ejecución y envío al nivel municipal. Usar los formatos BAI (anexo 01) del Instituto Nacional de Salud disponible en la página web.

Una vez el nivel municipal tenga la información de las BAI de sus UPGD deberá enviarlo al departamento, quien consolidará mensualmente para hacer envío trimestral al INS.

En el anexo de flujogramas para BAI puede encontrarse la orientación de las acciones tras la BAI para las UPGD.

Cuadro 1.

Eventos de interés en salud pública que requieren búsquedas activas como estrategia de vigilancia 2014

Eventos	Periodicidad	Envío al INS desde la entidad territorial	Fuentes BAI		
			RIPS	Estadísticas vitales	Laboratorios
Sarampión-rubéola, parálisis flácida aguda en menores de 15 años, tétanos neonatal, síndrome de Rubéola Congénita.	Mensual	Trimestral 30/abril/2014 30/junio/2014 30/octubre/2014 30/enero/2015	X		X
Tuberculosis Lepra	Mensual		X	X	X
Sífilis gestacional y congénita VIH Hepatitis B	Mensual		X	X	X
Fiebre tifoidea/paratifoidea Hepatitis A, Cólera, ETA	Mensual		X		X
Anomalías congénitas Hipotiroidismo congénito Leucemias agudas pediátricas	Mensual	Trimestral 30/abril/2014 30/julio/2014 30/octubre/2014 30/enero/2015	X		
Exposición rábica Accidente ofídico	Anual	Informe y plan de mejoramiento 30/julio/2014	X		
Dengue Malaria Chagas agudo, Fiebre amarilla, Leishmaniasis	En todos los casos de brotes		X		

Para las BAI de muerte materna y morbilidad materna extrema ver cuadro 2.

Cuadro 2.  
Búsqueda activa institucional muertes maternas y morbilidad materna extrema

Búsqueda activa institucional para mortalidad materna			
Eventos	Periodicidad	Envío al INS	Fuente
Muerte de mujeres en embarazo, parto y primer año postparto, y muertes perinatales y neonatales tardías.	Mensual		Estadísticas vitales, (certificado defunción electrónico RUAF) o en físico)
Morbilidad materna extrema**	Diaria Mensual		Registros de los servicios de: urgencias, sala de partos, hospitalización, UCI, unidades transfusionales, bancos de sangre y laboratorio clínico.
	Trimestral		Trimestral 30/abril/2014 30/julio/2014 30/octubre/2014 30/enero/2015

\*\* La vigilancia de morbilidad materna extrema debe realizarse en las UPGD que participan en la vigilancia del evento, considerando los códigos relacionados en el protocolo. Para la BAI diaria ver lineamientos de maternidad segura.

### *BAI de salud bucal*

Se llevara a cabo BAI mensual de salud bucal a partir de la herramienta Sianiesp a partir de RIPS. Con los registros obtenidos de la BAI deben estimarse los indicadores citados en el documento para el análisis de RIPS en salud bucal 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 a los monitoreos rápidos de coberturas de vacunación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (tres en total), así:

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

Primer Informe      30 de abril 2014  
 Segundo Informe    30 de julio 2014  
 Tercer Informe     30 de octubre 2014

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**

#### **Lineamientos Sivigila**

Durante el 2014, se hará uso del aplicativo Sivigila 2014 V1.0.0 con las actualizaciones pertinentes, 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.

Todos los integrantes del sistema de vigilancia en salud pública, que generen información de interés, deberán efectuar 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, expuestos en la figura 1.

**Figura 1. Notificación semanal de EISP**



**\* NO SE EXCEPTUAN DIAS FESTIVOS**

Fuente: Sivigila, INS, Colombia

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.

Envío de la notificación semanal al INS por parte de las UND:

Correo electrónico: [sivigila@ins.gov.co](mailto:sivigila@ins.gov.co), [ins.sivigila@gmail.com](mailto:ins.sivigila@gmail.com) (únicas cuentas habilitadas).

Asunto: escribir el departamento, semana de notificación y año.

Cuerpo del correo:

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

- 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 por el INS respecto al cargue de información de la semanas.

En este mismo correo es necesario efectuar la notificación negativa para los eventos en eliminación y control internacional, es decir:

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

U otros eventos que puedan ser constituidos como una emergencia en salud pública y sean establecidos por el Instituto Nacional de Salud mediante comunicación oficial.

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 de 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 llevar a cabo el ajuste de los casos que ingresaron en 2013 es el 31 de marzo de 2014.

Caracterización:

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

Cada entidad territorial deberá depurar de forma regular el listado de operadores del SIVIGILA, garantizando que para todos los prestadores que de acuerdo a 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 deberá conservarse el código de habilitación.

Al finalizar cada período epidemiológico la entidad territorial deberá remitir el listado depurado de UPGD y UIA activas en SIVIGILA (diferenciado) y su backup, 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 para reportar, deben efectuar la 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 desarrollar 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.

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 12 del medio día, 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.

Llevar a cabo la notificación inmediata de los eventos establecidos de acuerdo al documento de codificación de eventos (<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/Manual%20ANEX1%20Codificacion%20Eventos.pdf>), 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 2014 V1.0.0. Los archivos planos generados deberán ser enviados mediante correo electrónico al nivel correspondiente de acuerdo al flujo de información establecido. Para las UND únicamente a los correos [ins.sivigila@gmail.com](mailto:ins.sivigila@gmail.com) y [sivigila@ins.gov.co](mailto:sivigila@ins.gov.co).

Del cumplimiento de los lineamientos expuestos dependerá la consecución de las metas

de los indicadores de operación del subsistema de información (ver cuadro 3).

Cuadro 3.  
Indicadores de operación del subsistema de información

INDICADOR		META*
Cumplimiento en la entrega del reporte semanal	Unidades Primarias Generadoras de Datos	Mínimo del 84%
	Unidades Notificadoras Municipales	Mínimo del 93%
	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		7 días
Porcentaje de silencio epidemiológico		0%

?

Fuente: Sivigila, 2013

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

### Retroalimentación

La retroalimentación 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 dicha información una vez remitida desde el INS a la UND debe ser cargada al Sivigila 2014 V1.0.0, y esta a su vez debe ser retroalimentada al municipio de procedencia del paciente, con el fin de que sean identificados los casos y que las UNM tengan conocimiento de los riesgos identificados durante la notificación de casos.

### Fortalecimiento del Talento Humano

#### *Evaluación y Certificación de Competencias Laborales*

De acuerdo a 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”.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

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.

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 encuentran ofertados 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*, 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 mensual a los planes de mejoramiento elaborados en los espacios de análisis y evaluar los mismos de manera trimestral.

#### Comité de vigilancia en salud pública

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b> <b>INT-R02.0000-002</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
			Página 19 de 68

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 socializadas 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 al mes 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.

#### Retroalimentación

- Debe efectuarse la retroalimentación 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 2013: 30 de Abril de 2014 (corte a 31 de marzo de 2014).

Informe semestral 2014: 30 de julio de 2014 (corte a 30 de junio de 2014). Enviar al correo [lineamientos@ins.gov.co](mailto:lineamientos@ins.gov.co)

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

### 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.

### **Análisis de muertes por EISP**

Debe efectuarse la reunión (unidad) de análisis a toda muerte relacionada con un evento de interés en salud pública, excepto para mortalidad perinatal que se desarrollará de acuerdo al 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 y a los correos relacionados en el anexo 1, 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 grama, cuadro consolidado de laboratorios y otros exámenes.
- Reporte de autopsia (si aplica).

Debe desarrollarse el análisis de las muertes utilizando idealmente la metodología “La

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b> <b>INT-R02.0000-002</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
			Página 21 de 68

ruta de la vida, camino a la supervivencia” (cuatro demoras).

#### Concordancia Sivigila – Estadísticas vitales

Las entidades territoriales deben llevar con periodicidad mínima mensual el análisis de la concordancia 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 mensualmente el porcentaje de concordancia 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 se recomienda 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 buscará amparo para la toma de las mismas 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 al Decreto 786 de 1990 y el Decreto

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

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 ODM y el RSI, así como otros compromisos internacionales en temas específicos para eventos inmunoprevenibles como la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal como logros del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), así como otros compromisos internacionales en temas específicos para IRA y definido como prioridad nacional en materia de salud pública por la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007.

Adicionalmente, se da cumplimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la dimensión seis Vida saludable libre de enfermedades transmisibles, en el componente dos (8.6.4.2) de enfermedades inmunoprevenibles y en la meta b de este componente sobre la consolidación en todo el territorio nacional de la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal y controlar la incidencia de casos de difteria, tuberculosis meningea, neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo B, diarreas por rotavirus, tos ferina, parotiditis e influenza.

##### Lineamientos Generales de inmunoprevenibles

Se insta a las entidades territoriales a efectuar unidades de análisis mensuales entre los responsables de vigilancia en salud pública, responsables del PAI y el personal de laboratorio, con el fin de analizar 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 elaborar los ajustes respectivos al SIVIGILA en cada periodo epidemiológico.

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

#### **Parálisis flácida aguda (PFA)**

Con el objeto de mantener la certificación de la erradicación de la poliomielitis en Colombia, cada entidad territorial del orden departamental y distrital debe:

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

Mantener el 100 % de correlación de la información enviada por el Sivigila con las demás fuentes de información (Laboratorio de Salud Pública, oficina de Vigilancia en Salud Pública, Polio *eradication surveillance system* –PESS–, Sistema de información de vigilancia integrada de enfermedades inmunoprevenibles –ISIS–, etc., en coordinación con el referente nacional del evento.

Debe cumplirse con la tasa esperada de notificación igual o mayor a un caso probable por cada 100 000 menores de 15 años.

### **Sarampión/rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC)**

En el contexto de la certificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC, se solicita a las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal fortalecer el análisis sistemático de la integridad y consistencia de los datos de vigilancia de sarampión/rubéola con el fin de mejorar su calidad. Para el cumplimiento de los indicadores establecidos se debe:

Lograr el 100 % de correlación de la información enviada por el Sivigila con las demás fuentes de información (Laboratorio de Salud Pública, oficina de Vigilancia en Salud Pública, Measle s eliminaton surveillance system –MESS–, Sistema de información de vigilancia integrada de enfermedades inmunoprevenibles –ISIS–, etc.).

- Debe cumplirse con la tasa esperada de notificación para la vigilancia integrada de sarampión/rubeola en dos o más casos sospechosos por 100 000 habitantes y para síndrome de rubéola congénita mayor o igual a un caso sospechoso por 10 000 nacidos vivos.
- Todos los laboratorios deben enviar de inmediato las muestras de casos sospechosos de sarampión/rubéola con resultado de IgM positivo o dudoso, para su confirmación en el INS.
- Todo caso 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.
- A partir de 2014, todo caso sospechoso con muestra de suero recolectada en los días cero, uno o dos después de iniciada la erupción con resultado de IgM Negativo y en el que exista una fuerte sospecha de ser un verdadero caso de sarampión o rubéola (por datos clínicos o epidemiológicos), debe recolectarse una segunda muestra de suero tan pronto como sea posible y procesar nuevamente anticuerpos IgM. Este lineamiento se da por recomendación de la Comisión Internacional de Certificación de la Eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC, con el fin de minimizar la posibilidad de falsos negativos en la prueba.

### **Tétanos neonatal**

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

Con el objeto de mantener la meta de eliminación el tétanos neonatal por debajo de 1 caso por 1000 nacidos vivos en Colombia, cada entidad territorial del orden departamental y distrital debe llevar a cabo lo siguiente:

- Mantener en cero la letalidad por tétanos neonatal durante el 2014 en el nivel nacional.
- Mantener la tasa anual de tétanos neonatal por debajo de 1 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.
- Participar en el fortalecimiento de actividades de capacitación para el manejo clínico adecuado de los casos de tétanos neonatal.
- Ante todo caso notificado deberá organizarse una reunión de análisis con el fin de confirmar o descartar el caso. Reunión de análisis solo para los casos confirmados, ya que la mayoría de los casos son por error de digitación o no cumplen con la definición de caso de entrada. Adicionalmente, deberán incluirse en estas discusiones a representantes de las empresas administradoras de planes de beneficios encargados de la atención integral de la mujer gestante, para que en caso de encontrarse fallas de atención se establezcan planes de acción tendientes a prevenir la aparición de nuevos casos. La reunión de análisis se llevara a cabo posterior a la confirmación del caso.
- Ver el formulario para la investigación de casos de tétanos neonatal de la Guía práctica eliminación del tétanos neonatal, de la Organización Panamericana de la Salud.

### **Tétanos accidental**

Con el objetivo de lograr la caracterización de la morbilidad y mortalidad por tétanos accidental en Colombia deben desarrollarse las acciones contenidas en el protocolo.

Si el evento se presenta en un niño menor de 10 años, deberá elaborarse una unidad de análisis con los profesionales encargados del PAI, con el fin de detectar la causa por la cual no fueron inmunizados.

### **Tos ferina y difteria**

Con el objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad por tos ferina y difteria, cada entidad territorial debe desarrollar las acciones contenidas en el protocolo ante la notificación de casos y además:

- Fortalecer la vigilancia, el control y manejo de los casos de tos ferina y difteria desde

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCION VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

las UPGD para evitar la muerte por estos eventos en menores de 5 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 tos ferina o difteria debe enviarse el informe de avance de la investigación de campo en las siguientes 48 horas de identificado el brote, y el informe final al terminar el brote o cuando se logre controlar.

### **Varicela**

Ante la ocurrencia de un brote de varicela debe desarrollarse de forma inmediata la investigación epidemiológica de acuerdo a lo establecido en los protocolos de vigilancia correspondientes.

Si el caso se presenta en una mujer en estado de embarazo debe desarrollarse la investigación epidemiológica de campo y enviarse al referente del evento del grupo inmunoprevenibles del INS.

### **Eventos supuestamente atribuidos a la 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 efectuar 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 la presentación o en el fabricante 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, deberá efectuarse la notificación inmediata al INS aun cuando no se haya

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

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 deberá presentarse un informe que contenga la descripción del hallazgo encontrado, las causas del error y el plan de mejoramiento para prevenir la presentación de situaciones similares.

### **Meningitis bacteriana aguda**

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 desarrollar 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 bacteriana aguda desde las unidades primarias generadoras del dato (UPGD) hasta el ente 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 desarrollar el ajuste pertinente.
- Si el agente etiológico encontrado es diferente a *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*, debe informarse de qué germen se trata al efectuar 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 las muestras obtenidas de casos confirmados de meningitis bacterianas por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *N. meningitidis*, deberán ser enviados al Grupo de microbiología de la Dirección de Redes en Salud Pública del INS, con el fin de ser caracterizados fenotípicamente y genotípicamente.

### **Infección respiratoria aguda**

El objetivo general del evento es describir la frecuencia de la ocurrencia de las diferentes expresiones de la Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Similar a Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave (ESI-IRAG), IRAG Inusitada, mortalidad por IRA en menores de 5 años y morbilidad por IRA, buscar explicar su problemática, identificar los momentos críticos que requieren atención especial y tener la información disponible para orientar las intervenciones de manera programática.

A partir de 2012, de acuerdo a recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el evento se vigilará bajo cuatro estrategias que son: vigilancia centinela de 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.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R02 VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

Para cumplir con este objetivo cada entidad territorial del orden departamental y distrital debe:

- Para la vigilancia centinela de ESI-IRAG se notificará mediante el código 345 en el aplicativo Sivigila y continuará en las 14 entidades territoriales con 28 UPGD priorizadas y seleccionadas en todo el territorio nacional por OPS, Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud para el 2014.
- En casos de ESI (paciente ambulatorio) la recolección semanal de mínimo 5 muestras que cumplan con definición establecida por protocolo para diagnóstico de virus respiratorios debe realizarse solo en las UPGD establecidas para la vigilancia centinela.
- En casos de IRAG (paciente hospitalizado o paciente en UCI) la recolección semanal de muestras para diagnóstico de virus respiratorios se cumplirá de acuerdo a compromisos establecidos en asistencias técnicas llevadas a cabo por el equipo de vigilancia del INS durante el 2013, las cuales son mínimo 10 captadas en las UPGD establecidas para la vigilancia centinela de IRAG en los departamentos priorizados.
- Implementar la notificación de los casos de IRAG de origen bacteriano en las UPGD centinelas para IRAG, con el fin de monitorear el comportamiento de este evento.
- En casos de IRAG inusitado se notificarán mediante el código 348 en el aplicativo Sivigila y debe realizarse recolección de muestras para diagnóstico de virus respiratorios (aspirado nasofaríngeo o aspirado bronquial o lavado broncoalveolar o cortes de tejido) solo cuando el caso cumpla la definición establecida en el protocolo nacional.
- Esta notificación es inmediata desde la UPGD hacia la entidad territorial, en la cual debe iniciar las actividades de vigilancia en salud pública para el evento.
- Todo evento de mortalidad por IRA en menores de 5 años debe ser notificado mediante el código 600 en el aplicativo Sivigila por las UPG y tomar muestras respiratorias postmortem o de tejidos, las cuales son procesadas por el Laboratorio de Salud Pública departamental con capacidad diagnóstica de PCR o en el Laboratorio de Referencia del INS.
- En cada caso captado como: ESI-IRAG centinela, IRAG Inusitado y Mortalidad por IRA en menores de 5 años, la UPGD debe diligenciar las fichas epidemiológicas acorde al Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, ingresado la notificación al aplicativo Sivigila y posteriormente esta misma entidad debe realizar el ajuste de caso ingresando los reportes de laboratorio al módulo establecido en el aplicativo Sivigila para el cierre final del caso.
- Los eventos notificados al Sivigila como mortalidad por IRA en menores de 5 años y las muertes por IRAG inusitados deben tener comité de análisis en el 100 % de los casos, organizado por la entidad departamental o distrital bajo el enfoque de las 4 demoras como

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

una forma de vigilar la problemática de acceso a los servicios y la calidad de la atención, dentro de las cuatro semanas siguientes a la ocurrencia y enviar al INS la epícrisis de la atención al paciente, acta de la unidad de análisis elaborada y el plan de mejoramiento establecido.

- La notificación de la morbilidad de IRA se hará de manera colectiva semanal en la ficha 995, captando la información de cada indicador a través de los Registros de Sistemas Institucionales propios o RIPS de los casos de pacientes hospitalizados en piso general, UCI y consulta externa y urgencias por IRA como numerador y como denominador las hospitalizaciones, UCI y consulta externa y urgencias por todas las causas por grupo de edad, esta debe ser realizada en todas las UPGD notificadoras del país sin interrupción, independiente del nivel de complejidad.

### **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 5 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 especial 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 5 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 determina las causas de la muerte; se establece la ruta de la vida de acuerdo a los formatos establecidos y se elabora el respectivo plan de mejoramiento (acción) con sus respectivas tareas, fechas de cumplimiento y responsables de cada acción a ejecutar.

Para cumplir con este objetivo cada entidad territorial del orden departamental y distrital debe:

- La UPGD debe realizar la notificación inmediata de todo caso de muerte por EDA en menores de 5 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.
- La UPGD debe notificar de manera semanal al Sivigila la presencia o ausencia de casos de muertes por EDA en menores de 5 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 5 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 concordancia periódica (mensual) con los datos de las muertes registradas en el RUAF y las muertes por EDA en menores de 5 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 5 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 o probable de cólera dependiendo del momento en que se encuentre el país de acuerdo al comportamiento de esta patología.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

### **Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) causada por rotavirus (aplica únicamente para UPGD centinela)**

La vigilancia centinela de este evento se lleva a cabo con el fin de efectuar un seguimiento continuo y sistemático de los casos de morbilidad y mortalidad por EDA causada por rotavirus en población menor de 5 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).

Como parte de esta vigilancia se debe llevar a cabo:

- Captación diaria de al menos un caso sospechoso de EDA causada por Rotavirus (mínimo 20 casos/mes).
- Recolección y procesamiento de muestras fecales por el laboratorio de la IPS centinela según Protocolo de vigilancia centinela de EDA por rotavirus, versión 2010 (componente parásitos, bacterias y virus).
- Enviar el 100 % de las muestras positivas del virus al LSPD para control de calidad de los resultados y el 20 % de las muestras negativas (envase original) utilizando.
- Recolectar y consolidar mensualmente los indicadores para seguimiento en el software VINUVA de la OPS.

#### **8.1.4.2 Equipo Micobacterias**

##### **Tuberculosis**

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

- Efectuar la visita epidemiológica de campo ante todo caso de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en los primeros ocho días después de ser captado el caso y garantizar su ajuste en el Sivigila, de igual manera debe repetirse el seguimiento al caso y sus

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

contactos mediante visitas domiciliarias a los seis meses y doce meses de detectado el caso (circular 058 de 2009).

- 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, deberán estar soportadas con actas, planes de mejoramiento y porcentaje de correlación en el número de casos reportados al Sivigila versus Programa de Control de la tuberculosis y laboratorio.
- 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 en medio físico o magnético al equipo funcional de Micobacterias. Fechas de entrega: primer informe (abril 30), segundo informe (julio 30), tercer informe (octubre 30), cuarto informe (enero 30 de 2015).
- Los departamentos y distritos deben incluir en el informe semestral de comportamiento de los eventos de vigilancia epidemiológica, el análisis de los indicadores establecidos en el protocolo de vigilancia de tuberculosis, 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.
- Actas y envió de las unidades de análisis de todo caso de tuberculosis (incluye casos de TB FR) cuya condición final es muerte. La elaboración será de acuerdo a los lineamientos generales (máximo 45 días después de ocurrida). Los resultados y soportes deben ser enviados a la Dirección de Vigilancia y Control en Salud Pública del Instituto Nacional de salud, junto con los soportes de tarjeta de tratamiento, resumen de historia clínica relacionada con el evento y resultados de laboratorio e investigación epidemiológica de campo. Estos pueden ser enviados en medio físico o magnético al equipo funcional de micobacterias. Fechas de entrega: primer informe (abril 30), segundo informe (julio 30), tercer informe (octubre 30), cuarto informe (enero 30 de 2015).

### **Tuberculosis farmacorresistente**

Todo caso de tuberculosis farmacorresistente (a excepción de los casos monorresistentes a estreptomina) identificados durante el año en curso, deben ser notificados de acuerdo a la clasificación de caso confirmado establecida en el protocolo para el evento en coordinación con el laboratorio de salud pública a través del Sivigila con el código 825. Se deberá desarrollar la investigación epidemiológica de campo en los primeros ocho días

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b> <b>INT-R02.0000-002</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
			Página 32 de 68

después de ser captado el caso, garantizando su ajuste al Sivigila, así como llevar a cabo el seguimiento mensual con baciloscopia y cultivo y efectuar visitas domiciliarias cada tres meses como parte de seguimiento a sus contactos.

Es preciso elaborar y enviar actas de soporte de reunión trimestral de correlación nominal de casos confirmados de TB farmacorresistente, notificados al Sivigila, el laboratorio y registro de pacientes que están recibiendo medicamentos de segunda línea, enviar en caso de notificación negativa.

Debe desarrollarse y enviarse las unidades de análisis de todo caso de tuberculosis MDR y XDR identificado durante el año en curso. Los resultados y soportes de esta deben ser enviados a la Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública del Instituto Nacional de Salud, junto con los soportes de tarjeta de tratamiento, resumen de historia clínica relacionada con el evento y resultados de laboratorio (formato único de laboratorio y resultado de la PSF) e investigación epidemiológica de campo. Estos pueden ser enviados en medio físico o magnético al equipo funcional de micobacterias. Fechas de entrega: primer informe (abril 30), segundo informe (julio 30), tercer informe (octubre 30), cuarto informe (enero 30 de 2015).

Los departamentos y distritos deben incluir en el informe semestral de comportamiento de los eventos de vigilancia epidemiológica, el análisis de los indicadores establecidos en el protocolo de vigilancia de tuberculosis farmacorresistente.

Se deben efectuar los ajustes de los casos notificados de tuberculosis farmacorresistente incluyendo la información del laboratorio, la investigación epidemiológica de campo e inicio de tratamiento.

## **Lepra**

Llevar a cabo la investigación de caso ante todo caso confirmado de lepra durante los ocho primeros días después de notificado, para los casos detectados como paucibacilares se realizarán dos visitas de seguimiento a contactos, una a los 6 meses y la siguiente a los 12 meses de iniciado el tratamiento del caso índice, y para los casos detectados como multibacilares se realizarán tres visitas de seguimiento a contactos a los seis, 12 y 24 meses (circular 058 de 2009).

Se deben efectuar los ajustes de los casos notificados de lepra incluyendo la información del laboratorio y el estudio histopatológico, así como la investigación epidemiológica de campo en un máximo de cuatro semanas después de la notificación.

Los departamentos y distritos deben incluir en el informe semestral de comportamiento de los eventos de vigilancia epidemiológica y el análisis de los indicadores establecidos en el protocolo de vigilancia de lepra.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

En los casos clasificados como recidivas enviar ficha de notificación, tarjeta de tratamiento, resultado de la biopsia (garantizando el control de calidad como lo cita el protocolo) y visita epidemiológica de campo.

#### **8.1.4.3 Equipo de enfermedades transmitidas por vectores ETV**

- 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.
- 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. Se debe realizar reuniones periódicas según la necesidad y el comportamiento de los eventos, dichas reuniones deben estar soportadas con su respectiva acta.
- Garantizar la toma y envío de muestras de suero a los laboratorios de virología y parasitología de la Dirección Redes en Salud Pública del INS, para confirmación diagnóstica mediante cuantificación de anticuerpos para todos los casos probables de fiebre amarilla y leishmaniasis visceral, respectivamente.
- En caso de muerte por alguna de las enfermedades transmitidas por vectores, 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 EISP” del presente documento al grupo de vigilancia epidemiológica del INS.
- Realizar y enviar los informes de los estudios de foco para leishmaniasis visceral e investigaciones epidemiológicas de campo de todos los casos confirmados de fiebre amarilla y Chagas agudo.
- Realizar el envío de todas las láminas de aspirado de bazo y médula ósea realizadas a todos pacientes con diagnóstico probable de leishmaniasis visceral, al laboratorio de parasitología de la Dirección Redes en Salud Pública del INS.
- 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, así como las actas de las reuniones de análisis para todos los casos de 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).

#### **8.1.4.4 Equipo Infecciones de transmisión sexual (ITS)**

- Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades para la vigilancia establecidas en la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, atención del parto y al recién nacido, la guía de atención para la sífilis gestacional y congénita, la guía de atención del VIH/SIDA, resolución 412 de 2000 y sus actualizaciones.
- Apoyar el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de prevención y control de las ITS, teniendo en cuenta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA, el Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y la Sífilis Congénita, y el futuro Plan Regional de Hepatitis Virales adaptado para el país, en la elaboración de los Planes Territoriales de Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas y la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Remitir dentro de las cuatro semanas epidemiológicas después de la notificación del caso, el acta de la reunión de análisis y su plan de mejoramiento. Enviar de manera trimestral el seguimiento de dichos planes, a los correos electrónicos [its@ins.gov.co](mailto:its@ins.gov.co) y [vigilanciaits.ins@gmail.com](mailto:vigilanciaits.ins@gmail.com), en los siguientes casos:

<b>EVENTO</b>	<b>CASOS QUE REQUIEREN ENVÍO DE REUNIONES DE ANÁLISIS</b>
<b>VIH/SIDA</b>	Casos reportados con mecanismo probable de transmisión: perinatal, transfusión sanguínea, accidente laboral, trasplante de órganos y lactancia materna delegada y todas las mortalidades.
<b>Sífilis gestacional y congénita</b>	Mortalidades
<b>Hepatitis B</b>	Casos notificados de menores de cinco años y todas las mortalidades.

- Remitir trimestralmente BAI (ver cuadro 1) a los correos electrónicos arriba mencionados.
- Analizar el comportamiento de la notificación de los casos incluyendo:
  - Distribución de los casos confirmados según la edad y sexo.
  - Número e incidencia de casos notificados.
  - Principales modos de transmisión identificados.
  - Resultados de las pruebas de laboratorio.

- Coberturas de vacunación en menores de un año (Hepatitis B).
- Distribución geográfica (zona urbana o rural).
- Identificar fallas en la prevención, diagnóstico y atención de los casos (asociación en la progresión VIH-SIDA).
- Considerar la asociación de casos de VIH con Tuberculosis, Hepatitis B, sífilis y otras ITS y su notificación al evento correspondiente.
- Analizar la frecuencia de Infecciones oportunistas en los casos de VIH/SIDA notificados al sistema de vigilancia.
- Avances en el cumplimiento de la meta de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita para el 2015, de acuerdo al plan estratégico.
- Elaborar el respectivo plan de mejoramiento.
- Enviar las actas de la reunión de primer semestre el 30 de julio de 2014 y de segundo semestre el 30 de enero de 2015.

### **Sífilis gestacional y congénita**

- Realizar el seguimiento de cada una de las gestantes de acuerdo a la Guía y protocolo, por parte de IPS y EAPB.
- Generar espacios de análisis de manera mensual, en conjunto, EAPB, IPS, direcciones locales Municipales, Distritales y Departamentales 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 a los resultados de las reuniones de análisis.
- Apoyar el desarrollo y seguimiento de estrategias dirigidas al cumplimiento de la meta de eliminación de la SC.
- Generar acciones que promuevan la reducción de la sífilis gestacional a través de seguimiento a contactos y búsqueda de casos de sífilis en población general.

### **Hepatitis B**

- Informar de manera inmediata a los responsables de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) los casos en gestantes para su seguimiento por parte de la EAPB correspondiente. Se solicita que el seguimiento a las gestantes seropositivas para Hepatitis B se haga a través del diligenciamiento del Anexo 2 del Protocolo de Vigilancia de Hepatitis B, C y coinfección Hepatitis B-Delta del INS (Ficha de seguimiento a gestantes diagnosticadas con infección por el virus de la Hepatitis B); enviar copia de la ficha a los correos citados trimestralmente.
- Trabajar en coordinación con los responsables de SSR y con la respectiva EAPB

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

para hacer el seguimiento de la gestante, de tal manera que se garantice la atención adecuada tanto de esta como del recién nacido (RN), de acuerdo a lo establecido en el PAI (administración de la gammaglobulina anti hepatitis B y de la vacuna de anti hepatitis B).

- Trabajar en coordinación con los responsables de SSR, 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). Si tras el seguimiento se confirma un caso de transmisión perinatal deberá notificarse en la ficha 340.
- Todo caso de Hepatitis B, C o coinfección Hepatitis B-Delta que se notifique al sistema de vigilancia epidemiológica, debe ingresar obligatoriamente acompañado de los resultados de laboratorio, de acuerdo a las definiciones operativas de caso estipuladas en el Protocolo de Vigilancia.

## **VIH / SIDA**

- Todos los casos de VIH confirmados por laboratorio deberán ser reportados en la ficha 850 y las gestantes e hijos(as) de madres que viven con 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(as) 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 coinfección con TB.
- Realizar los ajustes que sean necesarios, de los casos notificados al Sivigila, teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en las reuniones de análisis.
- Trabajar en conjunto con los responsables de SSR en la implementación de los Indicadores de alerta temprana (IAT) para la farmacoresistencia 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 IAT).
- Apoyar la implementación de la metodología de triangulación en el análisis territorial frente a la respuesta al VIH/SIDA. (Remitirse a la guía de recursos para la triangulación del VIH de OPS).

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b> <b>INT-R02.0000-002</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
			Página 37 de 68

#### **8.1.4.5 Equipo Zoonosis**

Se recomienda que el Consejo Seccional de Zoonosis sesione por lo menos cuatro veces al año, con el fin de fortalecer las actividades intersectoriales de promoción, prevención y control de las zoonosis.

#### **Rabia y agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia**

Se reitera la necesidad de asegurar el bienestar animal y utilizar las medidas de protección y bioseguridad para el personal que desarrolla las actividades de prevención, vigilancia y control de la rabia en los diferentes niveles y de acuerdo con sus competencias.

##### Actividades de prevención y control en animales

- Actualizar y notificar en el SV1 código INS 680 durante el primer mes del año el censo o proyección de población de perros y gatos por municipio y departamento. Adicionalmente, la entidad territorial debe verificar la calidad y oportunidad de la información reportada por los municipios. Se sugiere tener en cuenta la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Vacunar contra la rabia a perros y gatos mayores de tres meses de edad empleando estrategias como jornadas masivas y campañas de mantenimiento que deben ser realizadas durante el año con el fin de alcanzar una cobertura municipal mínima del 80 %. Para el cumplimiento de este indicador se debe tener en cuenta la vacunación del sector privado (clínicas veterinarias, almacenes agropecuarios y asistencia médica veterinaria particular). Estas actividades se deben notificar mensualmente en el SV1 código INS 680.
- Se debe retroalimentar el resultado de la observación de los animales domésticos (perros y gatos) agresores a la UPGD que notifica el caso mediante un acta de visita o ficha de seguimiento, para reclasificar la agresión e iniciar, suspender o modificar el tratamiento antirrábico humano.

##### Actividades de prevención y manejo 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 ALR de cada uno de los trabajadores.

Se recuerda los individuos que se encuentran en riesgo son:

- Trabajadores en el área de laboratorio de diagnóstico de rabia.
- Personal involucrado en actividades de salud pública (técnicos, vacunadores, médicos, médicos veterinarios, zootecnistas, biólogos, otros profesionales de la salud).

Las entidades territoriales que lleven a cabo campañas de vacunación pre exposición en población general deben registrar la información en el SV1 código INS 680 en los meses que corresponda.

Se debe recomendar a la UPGD verificar en el inserto del suero antirrábico antes de su aplicación, la dosis y la necesidad de desarrollar pruebas de sensibilidad, puesto que el uso del medicamento varía de acuerdo al producto:

Inmunoglobulina	Origen	Dosis	Prueba de sensibilidad
Antirrábica homóloga	Humano	20 UI/Kg	<b>NO</b>
Antirrábica heteróloga	Equino	40 UI/Kg	SI

Fuente: guía práctica para la atención de una persona agredida por un animal potencialmente transmisor de rabia-INS

### Vigilancia epidemiológica

La ficha de rabia animal (código INS 650) debe ser empleada para el envío de muestras de cerebro de animales con signos y síntomas compatibles con rabia, una vez se cuente con el resultado de laboratorio se deben generar 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.

### Notificación

- La información derivada del programa para la prevención y control de la rabia debe ser notificada al Sivigila mensualmente en el SV1 (código INS 680), el técnico de saneamiento municipal debe consolidar la información durante la primera semana del mes vencido, entregar el formato 680 al técnico de vigilancia del municipio para su posterior ingreso al software Sivigila. A su vez, el referente departamental de zoonosis consolida la información de sus municipios y la tercera semana del mes vencido el grupo de vigilancia ingresa la información al sistema y envía los archivos planos al Instituto Nacional de Salud. Para el caso de los distritos la información proviene de los técnicos de las localidades o comunas, dentro de los tiempos establecidos. Se debe tener en cuenta que los datos que se solicitan en el SV-1 (680) provienen de diferentes fuentes de información vigilancia, PAI, zoonosis, sector privado, los cuales deben facilitar la información al programa de zoonosis para la notificación adecuada y oportuna.
- Se recuerda que las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (código INS 300), 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).

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

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.

- Para el evento agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (código INS 300) es necesario que se realicen los ajustes (fecha de aplicación de suero y vacuna, clasificación de la agresión, seguimiento al agresor, entre otras) utilizando del código 7 (otros ajustes), por tanto no se recomienda el empleo de los ajustes 6 y D.

### Accidente ofídico

- En caso de que en su municipio exista ofidiofauna del género *Micrurus*, se debe garantizar la disponibilidad de suero específico cuya consecución debe ser gestionada ante los centros reguladores de urgencias y emergencias departamentales (CRUE).
- En cuanto a la consecución de sueros es importante recordar que el suero antiofídico es un medicamento esencial y está cubierto por el plan obligatorio de salud (POS), por tanto, las EPS e IPS deben garantizar el suministro para atender los casos que se presenten. En el caso de los no afiliados, el Estado está en la obligación de proveer el suero.
- Las muertes por accidente ofídico deben notificarse de manera inmediata al grupo de zoonosis del INS y seguir las indicaciones generales para el análisis de estos casos.
- Los accidentes ofídicos se confirman clínicamente (tipo de caso 4), por lo tanto en el sistema no se deben realizar ajustes con el código 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 venenosos se debe usar el ajuste D (error en la digitación).

### Leptospirosis

- Realizar quincenalmente la evaluación de concordancia entre los casos notificados al Sivigila y la información de las muestras que recibe el laboratorio departamental de salud pública.
- Se recuerda que se deben realizar los ajustes pertinentes a tipo de caso, según los resultados de las pruebas de laboratorio que se obtengan, con el fin de reducir el número de casos sospechosos al sistema. Igualmente se debe revisar que el tipo de caso y los resultados de laboratorios deben ser coherentes.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

- El control integral de roedores sinantrópicos (métodos físicos, químicos o biológicos) debe estar contemplado en el POA de zoonosis por ser una de las actividades prioritarias para la prevención y control de leptospirosis.

### **Encefalitis equinas**

- Todo caso probable o confirmado en humanos, équidos o aves silvestres nativas o migratorias, se debe notificar inmediatamente a la institución respectiva de salud humana, salud animal y medio ambiente, siguiendo el flujo de la información (por cualquier medio de comunicación) y generar una alerta en la zona con el fin de ejecutar de forma inmediata y articulada las acciones de prevención y control de foco. Adicionalmente se debe enviar la información disponible, al grupo de zoonosis de la Subdirección de prevención, vigilancia y control en salud pública del Instituto Nacional de Salud.
- En caso de reportarse un foco de encefalitis (EE) équidos, se debe realizar la investigación de campo con el fin de identificar casos probables en humanos y tomar muestras en la población que se encuentra en la zona de foco y perifoco con el fin de estudiar la posible circulación del virus en humanos.

### **Otros eventos de zoonosis**

- La peste, rickettsiosis, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, carbunco y cualquier otra zoonosis con alto riesgo de transmisión (animal-humano o humano-humano), así corresponda a un caso aislado, exótico, etc, debe ser informado inmediatamente al grupo de zoonosis del Instituto Nacional de Salud de acuerdo al flujo de información para instaurar las medidas preventivas y de control a que haya lugar en aras de recibir la orientación técnica necesaria.
- Ante la notificación de un caso sospechoso de brucelosis humana, el sector salud debe realizar acompañamiento para asegurar las acciones de educación a la comunidad sobre las posibles exposiciones de riesgo que puedan existir e instaurar acciones preventivas.
- Se recomienda a las entidades territoriales que verifiquen la existencia de sueros para el manejo del envenenamiento por alacranes, arañas y orugas en las UPGD de su área de influencia. Se debe tener en cuenta que el CRUE departamental, puede brindar orientación sobre la consecución de estos sueros.
- Se debe notificar inmediatamente al INS cualquier muerte producida por un accidente ocasionado por un animal venenoso y/o ponzoñoso, además de remitir los documentos requeridos para la investigación del caso.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO R02 VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

### Búsquedas Activas Institucionales

- Se debe realizar BAI según cronograma (ver cuadro 1). Se recomienda tener en cuenta principalmente lo relacionado con el manejo de los casos de agresiones con el fin de garantizar el manejo antirrábico adecuadamente.

#### **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](mailto: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.

Enviar trimestralmente al correo electrónico del grupo factores de riesgo ambiental el *consolidado de muestras procedentes de brotes ETA*, (de alimentos, biológicas, de superficies) y sus resultados, analizadas por el LDSP, (Ver formato agentes patógenos en muestras procedentes de brotes de ETA – LSPD 2014, denominado Formato ETA) disponible en la Web institucional: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/lineamientos-y-documentos.aspx#.UoTWB2RaYy4>.

<i>Primer consolidado de muestras</i>	<i>30 de abril 2014</i>
<i>Segundo consolidado de muestras</i>	<i>30 de julio 2014</i>
<i>Tercer consolidado de muestras</i>	<i>30 de octubre 2014</i>
<i>Cuarto consolidado de muestras</i>	<i>30 de enero 2015</i>

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, 74 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.

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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

## 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:

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

Caso sospechoso: “todo paciente de cinco años o más, con enfermedad diarreica de inicio súbito y evacuaciones abundantes, con deshidratación y con antecedentes de desplazamiento en los últimos cinco días a lugares con evidencia de circulación de *Vibrio cholerae* toxigénico; o todo caso en el cual se tenga como impresión diagnóstica de cólera por parte del profesional de salud; o todo paciente que fallezca con EDA sin agente etiológico conocido”.

Por lo anterior se dan a conocer las siguientes directrices:

Proceso de notificación: la notificación de un caso sospechoso y mortalidad en mayores de 5 años debe realizarse de manera inmediata a través de la ficha individual de cólera código 200 (datos básicos y complementarios), para mortalidad por EDA en menores de cinco años; la notificación se llevara a cabo a través de la ficha 590.

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/o ambientes, 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.

#### Búsqueda activa institucional para cólera

Estrategia de búsqueda activa institucional para cólera.

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

Código CIE 10	Nombre
A000	COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ O1, BIOTIPO CHOLERAЕ
A001	COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAЕ 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 a la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia.

3. La BAI debe realizarse con periodicidad mensual. 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.

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

• Todas las Entidades Territoriales (ET), de acuerdo a su nivel de competencia, deberán garantizar la divulgación a sus unidades notificadoras, para la implementación y cumplimiento de las directrices nacionales emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Instituto Nacional de Salud (INS), correspondientes a los temas de prevención, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Resistencia y Consumo de antimicrobianos, incluyendo pero no limitándose a la Circular 045 de 2012 del MSPS.

- Las ET deberán contemplar dentro del plan operativo anual los recursos necesarios

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

para la inclusión de la vigilancia, prevención y control de los eventos de IAAS, Resistencia bacteriana y consumo de antimicrobianos basados en los protocolos de vigilancia y demás herramientas diseñadas por el INS.

- Todas las ET que inicien la vigilancia de las IAAS, deberán fortalecer los procesos de capacitación, asesoría y acompañamiento técnico en la prevención, vigilancia y control (PVC) de estos eventos, además de realizar procesos de seguimiento y supervisión en las UPGD, con el fin de apoyar la generación de acciones que disminuyan las IAAS, limiten la diseminación de microorganismos multirresistentes y orienten el mejor uso de antimicrobianos.
- Una vez capacitada la ET por el INS en la vigilancia de la resistencia bacteriana, los Laboratorios de Salud Pública Distritales y Departamentales y su red de hospitales deberán participar activamente en el programa de control de calidad de susceptibilidad antimicrobiana realizado por el Grupo de Microbiología del INS; así mismo, deberán gestionar la adquisición de sus respectivos insumos para la detección fenotípica de los mecanismos de resistencia de mayor impacto en salud pública.
- Los Laboratorios de Salud Pública serán responsables de la capacitación continua en la vigilancia de la resistencia bacteriana en el ámbito hospitalario a su respectiva red de hospitales incluyendo la capacitación y seguimiento al proceso de apertura y diligenciamiento de las columnas de pruebas complementarias e infecciones asociadas a la atención en salud en el software Whonet, de acuerdo a las directrices del nivel nacional.
- Las ET, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, los Artículos 17 y 18 del Decreto 3518 de 2006, la Circular 043 de 2013 del INS y demás lineamientos del nivel nacional, deberán garantizar el envío de los aislamientos al INS en situaciones de brotes relacionados con microorganismos inusuales y/o con perfiles de resistencia inusual de alto impacto en salud pública, garantizando la caracterización epidemiológica de la situación presentada.

### **8.1.5. Grupo factores de riesgo ambiental**

#### ***8.1.5.1. Equipo Intoxicaciones agudas por sustancias químicas***

Dentro de las intoxicaciones por sustancias químicas es necesario identificar el grupo al que pertenece la sustancia que origina la intoxicación. La ficha de notificación de intoxicaciones por sustancias químicas cuenta con los siguientes grupos de sustancias para la vigilancia:

<b>Grupo de sustancias</b>	<b>Código</b>
Plaguicidas	360

Medicamentos	370
Metanol	380
Metales pesados	390
Solventes	400
Otras sustancias químicas	410
Gases	412
Sustancias psicoactivas	414

Estos códigos deben diligenciarse en el programa Sivigila para su notificación.

Deben notificarse 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 (2207700 Ext: 1432-1433), o por correo electrónico (intoxquimicas@gmail.com) al Instituto nacional de Salud.

La entidad territorial departamental o distrital, según el caso debe enviar al INS copia del informe preliminar e informes de avance<sup>1</sup> de la investigación de brote o alerta epidemiológica, dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del evento, para lo anterior, debe usarse la estructura de los informes de 24 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. En el caso de que el departamento o el INS lo consideren, se podrá entregar el informe de 24 horas como final, pero esto deberá ser concertado con el INS.

La entidad territorial departamental o distrital deberá analizar su base de datos mensualmente, 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.

Para mayor información relacionada a la vigilancia y control de las Intoxicaciones por sustancias químicas por favor consultar las directrices emitidas por el grupo Factores de Riesgo Ambiental en el siguiente link: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/Lineamientos%20y%20Documentos/DIRECTRICES%20IN TOXICACIONES.pdf>

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b> <b>INT-R02.0000-002</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
			Página 46 de 68

## 8.1.6. Grupo No transmisibles

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

Los lineamientos para la vigilancia en salud pública de los eventos que evalúan la situación de maternidad segura en el país están dirigidos a departamentos, deben ser replicados a nivel municipal e institucional para la mejor utilidad de la información en la solución de problemáticas y el logro de la garantía de derechos.

#### **Informe cierre anual maternidad segura**

Incluir el análisis de los eventos de Mortalidad Materna, Morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía y demás eventos relacionados en el informe anual 2013, que incluya tendencia de mínimo los últimos cinco años, con fecha de corte a 31 de diciembre de 2013 (incluyendo la información pertinente al 2012 que ingrese hasta el 31 de marzo de 2014, teniendo en cuenta el cierre de bases Sivigila establecida por Lineamiento nacional).

Este tipo de análisis permite a las entidades territoriales orientar la toma de decisiones y el monitoreo del comportamiento de los eventos que inciden en maternidad segura y para tal fin debe contener mínimo las variables descritas en el documento. Enviar al correo maternidadsegurains@gmail.com

#### **Informe trimestral del monitoreo procesos de vigilancia en salud pública de eventos maternidad segura**

Fechas de Envío:

- Primera entrega (enero, febrero y marzo): 30 de abril de 2014
- Segunda entrega (abril, mayo y junio): 30 de julio de 2014
- Tercera entrega (julio, agosto y septiembre): 30 de octubre de 2014
- Cuarta entrega (octubre, noviembre y diciembre): 30 de enero de 2014

Contenido informe:

Cálculo y análisis de los indicadores del proceso de vigilancia de eventos de maternidad segura.

- Porcentaje en el cumplimiento de notificación casos muerte materna dentro de la primera semana desde la ocurrencia\ de la muerte.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	Página 47 de 68

- Porcentaje concordancia casos Sivigila- RUAF DANE. Muerte materna y muerte perinatal-neonatal tardía.
- Porcentaje causas mal definidas de muerte materna.
- Porcentaje de cumplimiento en el análisis de los eventos (muerte materna, muerte perinatal, morbilidad materna extrema) y envío de los estudios de caso analizados por la entidad territorial:
  - Análisis del 100 % de muertes maternas con: copia certificado defunción, resumen historia clínica, entrevista familiar, unidad de análisis departamental, el análisis se debe realizar máximo dentro de los 45 días posteriores a la notificación.
  - En mortalidad perinatal y neonatal tardía se enviara al INS de forma trimestral el porcentaje establecido de unidades de análisis individuales establecido en protocolo de vigilancia epidemiológica.
  - En morbilidad materna extrema se enviaran al INS los estudios de casos trimestralmente de acuerdo a lo establecido en el protocolo de vigilancia del evento.
- Realizar BAI (ver cuadro 2).
- Morbilidad Materna Extrema: para garantizar la canalización y atención inmediata a la gestante la IPS centinela debe realizar búsqueda diaria de los casos en registros de los servicios de: urgencias, sala de partos, hospitalización, UCI, Unidades Transfusionales, bancos de sangre y laboratorio clínico a cargo del jefe de servicio de cada turno, utilizando el formato de tamizaje disponible en el protocolo del evento. Mensualmente debe realizarse BAI en registros de egresos hospitalarios, urgencias, UCI, bancos de sangre, cirugía, salas de parto, laboratorio clínico y remisión, utilizando el formato que se encuentra disponible en el protocolo del evento.

Búsqueda Activa Comunitaria (BAC): ver lineamientos generales y formatos en archivo.

Análisis colectivo de casos de morbilidad materna extrema: cálculo de los indicadores de morbilidad materna.

Acta del COVE trimestral departamental de maternidad segura.

Las actas deben incluir:

- Fecha.
- Lista convocados, asistentes y faltantes.
- Orden del día.
- Desarrollo orden del día.
- Monitoreo eventos relacionados con la maternidad segura, demoras, puntos

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

críticos e intervenciones realizadas.

- Análisis detallado posibles factores contribuyentes puntos críticos detectados tanto a nivel mujer, como familia, comunidad, sistemas de salud y territorio, transcripción textual discusión, mapa esquemático proceso, puntos críticos e intervenibilidad.
  
- Elaboración plan de intervención integral para la garantía de derechos en maternidad segura.
- Informe seguimiento a cumplimiento planes de mejoramiento previos.
- Ajustes al plan de mejoramiento, nuevas acciones a realizar, o replanteamiento acciones listadas

Información para enviar estudios de caso:

Copia ficha de notificación, Historias clínicas, entrevista y/o visita de campo, análisis departamental o distrital caso, consolidado cumplimiento de acciones mínimas de atención prenatal ,parto y postparto, carné materno, parto grama, cuadro consolidado de laboratorios y otros exámenes, plan de mejoramiento.

- En morbilidad materna extrema anexar ficha tamizaje individual.
- En mortalidad materna y perinatal-neonatal tardía anexar reporte de autopsia (cuando aplique) y copia del certificado de defunción.

Enviar la documentación preferiblemente en medio magnético, al correo maternidadsegurains@gmail.com, relacionando la documentación a los correos de los referentes INS.

### Recomendaciones

- Necropsia clínica:

Cumplir con lo establecido por norma nacional que ante todo caso de muerte materna en donde 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 probable de muerte violenta se solicitará la necropsia médico legal de acuerdo al decreto 786 de 1990 y el decreto 3518 de 2006.

- Comunicación efectiva de casos entre entidades territoriales:

Se debe informar de manera inmediata los casos residentes de otros departamentos o distritos a su entidad territorial correspondiente de residencia, así como la consecución y entrega de la documentación de casos ocurrida en su territorio y hacer la retroalimentación posterior a unidades de análisis a la entidad territorial de residencia.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

Enviar copia del correo de retroalimentación, al correo del INS maternidadsegurains@gmail.com

- Posicionar el tema de maternidad segura en los consejos de política social departamental y municipal.
- Desarrollar estrategias de movilización de la información para la garantía de derechos en maternidad segura a nivel departamental, municipal, institucional y con la comunidad.
- Desde el INS se podrá hacer uso de la conexión virtual para la socialización de los resultados de la vigilancia epidemiológica de estos eventos a nivel departamental o distrital, las entidades territoriales tienen la responsabilidad de participar en las reuniones virtuales convocadas por el INS y garantizar la participación de los actores locales.

### **8.1.6.2 Equipo crónicas**

#### **Cáncer infantil**

En el 2014 se realizará gradualmente el proceso de implementación del Módulo de Seguimiento y Gestión del Cáncer en menores de 18 años, en respuesta a lo establecido en la ley 1388 de 2010.

El sistema hará parte del Sivigila y permitirá la notificación de casos en tiempo real, como estrategia para identificar oportunamente los eventos relacionados con la garantía de la calidad de atención de los niños, niñas y adolescentes con cáncer, por tanto las direcciones de salud de las entidades territoriales (ET) departamentales, distritales y municipales deben garantizar:

1. El seguimiento, monitoreo y control de la garantía de la calidad de atención de los menores de 18 años con cáncer: en cumplimiento de sus competencias las ET deberán realizar el seguimiento al proceso de atención de cada caso e identificar aquellos en los que se presenten alertas de inoportunidad según los indicadores establecidos en el sistema de información, requerir a las EAPB e informar al Instituto Nacional de Salud con copia a la Superintendencia Nacional de Salud. Para lo cual 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 y/o las ET responsables del caso.
2. Realizar unidades de análisis mensuales 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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

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 informe semestral de las unidades de análisis realizadas, copia de las actas y de los planes de mejoramiento establecidos para cada actor de acuerdo a los hallazgos identificados.

3. Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en los planes de mejoramiento.

4. Deberán remitir al INS informe semestral de la gestión realizada por la ET para la vigilancia del cáncer en menores de 18 años que incluya:

- Número total de casos notificados al sistema de información.
- Número de casos identificados con inoportunidad en el proceso de atención.
- Resumen ejecutivo del seguimiento a los casos identificados con inoportunidad en el proceso de atención.
- 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.
- Procesos de capacitación realizados con los diferentes actores del sistema.

5. Contar con recurso humano para realizar capacitación, asesoría y asistencia técnica a los municipios y/o IPS de su área de influencia.

6. Solicitar a las IPS de su área de influencia Búsqueda Activa Institucional mensual para verificar la notificación del 100 % de los casos de cáncer en menores de 18 años objeto de vigilancia y enviar al INS informe semestral que contenga el consolidado de las BAI del territorio por UPGD y municipio. El INS publicará en la página web el formato para la consolidación de información.

7. Producto del proceso de Vigilancia en Salud Pública 2014, generar el plan 2015 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 2014.

El análisis de este evento debe estar incluido en el informe anual 2013 y semestral 2014 según fechas citadas en los lineamientos generales.

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

#### Lineamiento EAPB

Las EAPB deben cumplir con las responsabilidades definidas en el artículo 20 de la resolución 2590 de 2012 relacionadas con la garantía de la prestación integral de los

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

servicios de salud a sus afiliados y la entrega de información requerida para el funcionamiento del Sistema Nacional de Información del Cáncer. Las EAPB serán usuarios del sistema de información y como 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, dar respuesta a los requerimientos de información provenientes de las ET, del INS y de la Superintendencia Nacional de Salud, así como participar en las unidades de análisis que sean convocadas y elaborar e implementar los planes de mejoramiento que se formulen de acuerdo a los hallazgos específicos.

El INS emitirá una comunicación oficial en el momento de iniciar el proceso de implementación nacional del Módulo y realizará la capacitación, asesoría y asistencia técnica requerida, los documentos técnicos serán publicados en la página web del INS.

### **Defectos congénitos**

Las entidades territoriales departamentales y distritales de salud deberán:

- Incluir el análisis de este evento (reporte, conclusiones, acciones frente a los hallazgos) en el informe anual 2013 y el semestral de 2014 según la fecha citada en los lineamientos generales teniendo en cuenta:
  - Número y el porcentaje de UPGD y UNM en silencio epidemiológico para los eventos de anomalías congénitas e hipotiroidismo congénito.
  - Estrategias de capacitación y retroalimentación realizadas con las UNM, UPGD y los profesionales para los eventos de anomalías congénitas e hipotiroidismo congénito desde los municipios y el departamento.
  - Acciones de gestión realizadas frente al ajuste de casos en cuanto a clasificación final y calidad del dato para los eventos de anomalías congénitas e hipotiroidismo congénito.
  - Análisis del comportamiento epidemiológico para los eventos de anomalías congénitas e hipotiroidismo congénito.
  - Consolidado de los seguimientos realizados a los casos confirmados por laboratorio para hipotiroidismo congénito según clasificación final de los casos.

Enviar informe donde se consolide y reporte las actividades de planeación para el evento defectos congénitos durante el año 2014 y los espacios en los cuales se darán a conocer, este informe debe incluir:

- Número de UPGD de los municipios que deberían reportar información para el evento según población objeto.
- Distribución de las UPGD a nivel municipal.
- Número de UNM que deberían estar reportar información para el evento.
- Estrategias y/o cronograma de capacitación con las UPGD y los profesionales para

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b> <b>INT-R02.0000-002</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
			Página 52 de 68

el evento de defectos congénitos desde los municipios y el departamento.

- Estrategias y/o cronograma de retroalimentación con las UPGD para el evento de defectos congénitos desde los municipios y el departamento.
- Mecanismos y controles de verificación, validación y depuración de las bases de datos del evento que se realizarán a nivel municipal y departamental, antes de ser enviadas al nivel nacional.
- Tipo de análisis que se tienen planeados para el evento, frecuencia y espacios en los cuales se presentaron.

La entrega de la información correspondiente y consolidada deberá entregarse antes del 10 de febrero de 2014 al INS al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles.

El envío de la información debe hacerse por medio electrónico a los correos electrónicos: defectoscongenitos@gmail.com. También debe enviarse la información en medio físico (CD/DVD) al INS a nombre del Grupo de Vigilancia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles a la siguiente dirección:

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública  
 Avenida calle 26 No. 51-20 – Zona 6 CAN Bogotá, D.C.  
 Bloque B, oficina 230  
 Tel. (+571)2207700. Extensión 1405. Fax (+571) 2200901

### **Lesiones por pólvora**

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 el Decreto 3888 de 2007–plan nacional de emergencias y contingencias, donde se explican las responsabilidades específicas en el artículo 15 para los comités de gestión del riesgo con respecto al plan de emergencia y contingencia para eventos de afluencia masiva. Este plan debe tener en cuenta el “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 botón de pólvora en la página principal del Instituto Nacional de Salud.

Dicho plan de contingencia debe contener el análisis del comportamiento de las lesiones por pólvora del año inmediatamente anterior, el cronograma de fiestas locales y las acciones a desarrollar para mejorar el comportamiento de este evento. Se debe entregar antes del 10 de febrero de 2014, en la Dirección de Vigilancia y análisis del riesgo en Salud Pública del INS, Avenida calle 26 N.º 51-20 – Zona 6 CAN, Bogotá, D.C. Bloque B, oficina 234 Tel. (+571)2207700 – Extensión 1405 - Fax (+571) 2200901, para esto deberán revisar el plan nacional de contingencia del sector salud elaborado por el

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

Ministerio de Salud y Protección Social y el INS, el cual estará publicado en la página Web del INS.

La entidad territorial y el equipo interdisciplinario constituido para la prevención de lesiones por pólvora debe realizar el seguimiento continuo y sistemático de las lesiones por pólvora, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control que reduzcan la incidencia de las lesiones por pólvora en el territorio colombiano.

La entidad territorial debe:

- Establecer junto con las secretarías de gobierno municipal y departamental la legislación específica, que facilite la disminución de la fabricación y venta de productos con pólvora, realizar trabajo intersectorial tendiente a disminuir la manipulación y almacenamiento de los mismos, bajo las directrices legales (Ley 670 de 2001).
- Liderar las salas de crisis de su departamento y convocar las instituciones necesarias para realizar análisis e incentivar la toma de decisión en materia de prevención de las lesiones por pólvora época decembrina, fiestas locales y las lesiones producidas por otros explosivos.
- Identificar el número y las fechas de las festividades de cada municipio del departamento para establecer las acciones de fortalecimiento de la vigilancia intensificada para la detección de las lesiones por pólvora.
- Realizar las adaptaciones o ajustes requeridos al plan de contingencia para ser ejecutado durante las fiestas locales o Departamentales.
- Notificar al INS diariamente los días de vigilancia intensificada (fiestas decembrina y locales) y semanalmente los casos presentados durante el desarrollo de las fiestas, de la misma manera deberá notificar inmediatamente aquellos incidentes donde aumente el riesgo para la poblaciones de presentar algún tipo de lesiones por pólvora como: estallido de polvorearías o puntos de ventas de artefactos derivados de la pólvora o en aquellos casos donde halla grupo de personas afectadas.

El INS emitirá durante la vigilancia intensificada el boletín diario con el contenido del comportamiento de las lesiones por pólvora en época decembrina y año nuevo, y semanalmente con el consolidado de la semana los cuales serán publicados diariamente en la página del Instituto Nacional de Salud. De igual manera anualmente emitirá el boletín con el comportamiento de las lesiones por pólvora describiendo las lesiones por pólvora pirotécnica y las producidas por otros explosivos.

### **Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual**

Capacitar y sensibilizar a los profesionales de salud que atienden pacientes en la detección de casos, lo cual debe trascender del hecho o la lesión como una característica física, a la detección de las otras formas de violencia, que en la mayoría de los casos resultan ser más sutiles. El proceso de vigilancia debe ser parte del proceso y no una tarea independiente.

- Incentivar a los funcionarios del sector para que actúen como un ente articulador, que no solo atienda a las víctimas pacientes y realice los procesos de notificación, sino que promueva el tránsito de las víctimas por la interinstitucionalidad para que la atención en salud, justicia, la protección y el restablecimiento de derechos sea una realidad.
- Los criterios de alto riesgo definidos desde el protocolo del evento, deben ser asumidos como criterios orientadores para la valoración del caso, pero en ningún momento rempazan la observación acuciosa y la capacidad de análisis de riesgo de los profesionales de la salud a través de la anamnesis. Los casos de alto riesgo incluidos las violencias en marco de conflicto armado se deberá hacer seguimiento interdisciplinar e interinstitucional que permita la clasificación adecuada del caso, riesgo y promueva el manejo integral según las guías del MSPS.
- Para evitar el registro duplicado de casos, se recomienda que cuando la víctima sea referida de un nivel de menor complejidad al de mayor complejidad, antes de notificarlo al Sivigila, cerciorarse si el procedimiento se realizó en la institución que primero captó al paciente.
- Semanalmente se debe hacer revisión de la información que garantice la calidad del dato.
- Incluir el análisis de este evento (reporte, conclusiones, acciones frente a los hallazgos) en el informe anual 2013 y semestral 2014 según fechas citadas en los lineamientos generales teniendo en cuenta:
  - Estrategias de capacitación y retroalimentación realizadas con las Unidades Municipales de Salud, UPGD y los profesionales para el evento.
  - Acciones de gestión realizadas frente al ajuste de casos en cuanto a clasificación final y calidad del dato.
  - Análisis del comportamiento epidemiológico.
  - Consolidado de los seguimientos realizados a los casos.
  - Espacios de análisis intersectorial de la información.
- Enviar informe donde se consolide y reporte las actividades de planeación para el

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

evento durante el 2014 y los espacios en los cuales se darán a conocer, este informe debe incluir:

- Estrategias y/o cronograma de capacitación con las UPGDs y Municipios.
- Estrategias y/o cronograma de retroalimentación.
- Mecanismos y controles de verificación, validación y depuración de las bases de datos del evento que se realizaran a nivel municipal y departamental, antes de ser enviadas al nivel nacional.
- Tipo de análisis que se tienen planeados para el evento, frecuencia y espacios en los cuales se presentaran.

La entrega de la información correspondiente y consolidada deberá entregarse antes del 10 de febrero de 2014 al INS al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles.

El envío de la información debe hacerse por medio electrónico a los correos electrónicos: crónicas.lce.ins@gmail.com. También debe enviarse la información en medio físico (CD/DVD) al INS a nombre del Grupo de Vigilancia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles a la siguiente dirección:

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública  
 Avenida calle 26 No. 51-20 – Zona 6 CAN Bogotá, D.C.  
 Bloque B, oficina 230  
 Tel. (+571)2207700. Extensión 1405. Fax (+571) 2200901

### **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.

El Instituto Nacional de Salud publicará anualmente el informe con el análisis del comportamiento de las lesiones asociadas al tránsito, teniendo en cuenta los actores viales y modo de transporte, según la matriz de Haddon.

### Vigilancia centinela de la exposición a flúor

La vigilancia centinela de la exposición a flúor se constituye en un componente indispensable, ya que 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 contar con información útil y confiable que permita garantizar a la población el suministro adecuado de flúor y que contribuya a contar con un efectivo control de la caries dental sin la presencia de manifestaciones indeseables como la fluorosis dental

Según anterior los lineamientos para el 2014 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 a 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 a la siguiente tabla:

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

<b>Guaviare</b>	2
<b>Huila</b>	3
<b>La Guajira</b>	4
<b>Magdalena</b>	4
<b>Meta</b>	6
<b>Nariño</b>	10
<b>Norte de Santander</b>	5
<b>Putumayo</b>	1
<b>Quindío</b>	2
<b>Risaralda</b>	2
<b>San Andrés</b>	1
<b>Santa Marta</b>	1
<b>Santander</b>	13
<b>Sucre</b>	4
<b>Tolima</b>	6
<b>Valle del Cauca</b>	13
<b>Vaupés</b>	2
<b>Vichada</b>	1
<b>Total</b>	<b>180</b>

- La segunda fase de vigilancia centinela que inició el primero de julio de 2013 se mantendrá hasta el 31 de diciembre de 2014, de tal forma que la fase tres iniciará el primero de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre del mismo año y se mantendrá así anualmente.
- Las entidades territoriales en cumplimiento del Decreto 1575 de 2007, las Resoluciones 2115 de 2007, 0811 de 2008, 082 de 2009 y 4716 de 2010, el Decreto 3075 de 1997 y el Decreto 547 de 1996, deben analizar los contenidos de flúor en muestras de agua y sal, de acuerdo a la periodicidad y número de muestras establecidas en la normatividad citada y deberán 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.
- 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, deben informarlo por escrito al INS al Grupo de Enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones de causa externa y al referente de salud bucal, para que este calcule (de acuerdo a la notificación) una muestra representativa y se establezca de forma aleatoria las fuentes a analizar, priorizando fuentes naturales como pozos y quebradas.
- Todas las entidades territoriales deberán remitir al INS 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 y enviado previamente por el INS colocar el formato 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 semanalmente al Sianiesp del Sivigila para facilitar su análisis.

- Los municipios y entidades territoriales que no han sido priorizados como centinelas, podrán sugerir por escrito al INS 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 escrito al INS un proyecto de vigilancia, para el cual 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 crónicas.lce.ins@gmail.com durante el último trimestre de 2014.
- Las entidades territoriales deben 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, específicamente al Grupo de enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones de causa externa 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 (código cups C00015) o en el caso de que se encuentren agotando inventario, utilizar también de forma tópica flúor neutro en gel (código cups 997103). De esta forma también se incrementan las acciones de protección específica en procura de la disminución de las prevalencia de caries.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

- También a fin de dar cumplimiento a la meta del Plan Decenal de Salud Pública relacionada con las practicas 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 consumos 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 y la investigación en la ficha de investigación de caso, disponibles en la página del Instituto Nacional de Salud.

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.

- Investigaciones de caso:

La investigación de caso debe realizarse 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 se 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. El ajuste en el Sivigila se realiza por medio de un ajuste 7 (otro ajuste).

Se deberá tener en cuenta los ajustes que se realizaron a la ficha de notificación.

Cada entidad territorial deberá incrementar el seguimiento de los casos que cumplan con los requerimientos establecidos en el protocolo de vigilancia, mínimo en 30 % de los realizados en el 2013.

La entidad territorial deberá solicitar como parte de la vigilancia en salud pública del bajo peso al nacer a término 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.

#### **Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años**

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

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

### Análisis de caso

El análisis de caso se debe realizar al 100 % de los notificados, de forma que permita generar el ajuste. Todos los casos deben ajustarse luego del análisis (ajuste 7) en el aplicativo Sivigila (clasificar el caso como muerte por desnutrición, o asociado o descartado). Dentro de este análisis se propone 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 estar alrededor del 80 % o más.

### **Vigilancia nutricional centinela de la gestante**

Se realizará a través del sistema nutricional en web - módulo de gestantes a través del cual se captura información de las gestantes atendidas en control prenatal y de forma inmediata se obtiene la clasificación nutricional, el seguimiento a la ganancia de peso y la identificación de factores de riesgo asociados a la maternidad entre los que se incluyen la presencia de anemia, el consumo inadecuado o incompleto de los micronutrientes (ácido fólico, hierro y calcio), presencia de patologías desarrolladas durante el embarazo, las edades extremas (menores de 18 años y mayores de 34 años), multiparidad y la presencia de edema. Además se presenta la tabla resumen con alertas de acuerdo a la condición de la gestante. Tanto la Secretaria de Salud Municipal, Distrital, Departamental y el INS contarán con la ayuda para análisis de la información de las variables a través del módulo de reportes.

Las instituciones de salud centinela seleccionadas para la vigilancia nutricional de la gestante por departamento y municipio deben cumplir con los siguientes criterios:

- Unidades con servicio de consulta control prenatal.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	Version: 01
			2013 – Dic – 06
		INT-R02.0000-002	

- Prestación de servicios de salud a los regímenes: contributivo, subsidiado, pobre no asegurado o especial.
- Concentración alta de gestantes a nivel municipal o distrital (este ítem específico puede ser apoyado por el componente de salud sexual y reproductiva).
- Disponibilidad de equipos de antropometría y equipo de cómputo con acceso a Internet banda ancha (especialmente en el consultorio de atención prenatal).

El proceso de implementación del sistema de vigilancia centinela del estado nutricional de la gestante se realiza de manera paulatina a partir del segundo mes de 2014.

En caso de que el Municipio o Departamento manifiesten que hay dificultades con una UPGD asignada en el municipio, se podrá realizar reasignación de la misma previa concertación con el INS.

Las entidades territoriales deben realizar visitas de seguimiento a las UPGD centinelas, para evaluar la calidad de los equipos de antropometría, la captura del 100 % de los casos atendidos en consulta prenatal y la calidad de la información.

El análisis de información será trimestral tanto para las unidades centinela como para los niveles municipal y departamental y el documento que se genere del análisis deberá incluir los resultados de los indicadores señalados en el protocolo.

El departamento o distrito deberá enviar informe al INS al correo electrónico [vigilancianutricional@ins.gov.co](mailto:vigilancianutricional@ins.gov.co) en las siguientes fechas:

Información del periodo: enero, febrero y marzo - el 30 de abril de 2014

Información del periodo: abril, mayo y junio - el 30 de julio de 2014

Información del periodo: julio, agosto y septiembre - el 30 de octubre de 2014

Información del periodo: octubre, noviembre y diciembre - el 30 de enero de 2015.

Si las unidades centinela requieren hacer uso de la ficha de notificación, ésta se encuentra disponible en la página del Instituto Nacional de Salud. Los diferentes usuarios del sistema podrán contar con apoyo en el manejo y funcionamiento del sistema de vigilancia en web a través de la mesa de ayuda SIVIGILA.

### **Vigilancia centinela del estado nutricional de niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años**

Se realizará a través del sistema de vigilancia nutricional en Web - módulo de menores de 18 años a través del cual se captura información de las niños, niñas y adolescentes atendidos en consulta de crecimiento y desarrollo y de alteraciones del desarrollo del joven y de forma inmediata se obtiene la clasificación nutricional, el seguimiento al peso y la identificación de factores de riesgo asociados al estado nutricional entre los que se

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R02 VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

incluyen antecedentes de lactancia materna, nivel socioeconómico, presencia de patologías asociadas a la desnutrición, la presencia de anemia, pertenencia a algún grupo poblacional especial, insuficiente actividad física, signos clínicos de desnutrición.

El módulo incluye conductas y alertas de acuerdo a los hallazgos en la valoración. Tanto la Secretaría de Salud Municipal, Distrital, Departamental y el INS contarán con la información de algunas de las variables en frecuencias relativas y absolutas a través del módulo de reportes.

Las instituciones de salud seleccionadas para la vigilancia centinela del estado nutricional de los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años por departamento y municipio deben cumplir con los siguientes criterios:

- Unidades con servicio de consulta de crecimiento y desarrollo y control de alteraciones del desarrollo del joven.
- Prestación de servicios de salud a los regímenes: contributivo, subsidiado, pobre no afiliado o especial.
- Concentración alta de menores de 18 años a nivel municipal o distrital (este ítem específico puede ser apoyado por el componente de salud infantil).
- Disponibilidad de equipos de antropometría y equipo de cómputo con acceso a Internet banda ancha (en el consultorio de crecimiento y desarrollo y alteraciones del desarrollo del joven).

El proceso de nuevos sitios centinela para la vigilancia centinela del estado nutricional de los niños, niñas y adolescentes se realizará de manera paulatina a partir del primer trimestre de 2014.

En caso de que el Municipio o Departamento manifiesten que hay dificultades con una UPGD asignada en algún municipio, se podrá realizar reasignación de la misma previa concertación con el INS.

Las entidades territoriales deben realizar una vez al mes visitas de seguimiento a las UPGD centinelas, para evaluar la calidad de los equipos de antropometría, la captura del 100 % de los casos atendidos en consulta de detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo de 0 a 10 años y detección de alteraciones en el desarrollo de 10 a 29 años y la calidad de la información.

El análisis de información será trimestral tanto para las unidades centinela como para los niveles municipal y departamental. El documento que se genere del análisis deberá incluir los resultados de los indicadores señalados en el protocolo como los relacionados en este lineamiento.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

El departamento o Distrito deberá enviar informe al INS al correo electrónico [vigilanutricional@ins.gov.co](mailto:vigilanutricional@ins.gov.co) / [vigilancianutricional@gmail.com](mailto:vigilancianutricional@gmail.com) en las siguientes fechas:

Información del periodo: enero, febrero y marzo - el 30 de abril de 2014

Información del periodo: abril, mayo y junio - el 30 de julio de 2014

Información del periodo: julio, agosto y septiembre - el 30 de octubre de 2014

Información del periodo: octubre, noviembre y diciembre - el 30 de enero de 2015

Si las unidades centinela requieren hacer uso de la ficha de notificación ésta se encuentra disponible en la página del Instituto Nacional de Salud. Los diferentes usuarios del sistema podrán contar con apoyo en el manejo y funcionamiento del sistema de vigilancia en web a través de la mesa de ayuda Sivigila.

#### **8.1.7. Grupo de gestión y respuesta inmediata**

- Los casos sospechosos o probables asociados a 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 realice la investigación y control del 100 % de los brotes de su jurisdicción notificados al sistema.
- 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 ésta 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.
- 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](mailto:eri@ins.gov.co) y [equipoderespuestains@gmail.com](mailto: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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b> <b>INT-R02.0000-002</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
			Página 64 de 68

de las áreas de vigilancia en salud pública y laboratorio de salud pública 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 80 % o más de los tres indicadores de la vigilancia de brotes o situaciones de emergencia, estos son:

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

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

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

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

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

N.º de brotes y situaciones de emergencias intervenidas con cierre / N.º 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](mailto:eri@ins.gov.co) y [equipoderespuestains@gmail.com](mailto:equipoderespuestains@gmail.com) antes del 30 de enero de 2014 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.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

### 8.1.8. Grupo de epidemiología aplicada

#### **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 link:

<http://www.ins.gov.co/iqen/Paginas/default.aspx> o el correo electrónico [iqen.editorial@gmail.com](mailto:iqen.editorial@gmail.com).

#### **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

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R02 VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
			Página 66 de 68

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 (morbilidad por IRA, morbilidad por EDA, varicela, fiebre tifoidea y paratifoidea, hepatitis A, hepatitis C, parotiditis, tifus entre otros cuya vigilancia pueda hacerse viable de manera progresiva por RIPS).

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).

Actualmente cursa trámite proyecto de resolución modificatoria a los flujos de información establecidos para RIPS en la resolución 3374 de 2000, a fin de facilitar su uso en vigilancia en salud pública.

Con el fin de lograr el objetivo de contar con información sobre la prestación de servicios de salud oportuna y directa desde la fuente del dato, es necesario inicialmente formular, ejecutar y evaluar un plan de transferencia continua y sistemática de los Registros Individuales de Prestación de Servicios al MSPS, que garantice el acceso, calidad, seguridad y oportunidad de la información, detección y generación de alertas, para el desarrollo de acciones e intervenciones en salud pública.

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 mensual, aun cuando los canales de comunicación se mantendrán abiertos de manera semanal.

Las entidades territoriales deberán:

Identificar las IPS 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 Registros

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	<b>PROCESO R02          VIGILANCIA Y ANALISIS          DEL RIESGO EN          SALUD PÚBLICA</b>	<b>LINEAMIENTOS PARA LA          PREVENCIÓN VIGILANCIA Y          CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>Version: 01</b>
			2013 – Dic – 06
		<b>INT-R02.0000-002</b>	

Individuales de prestación de Servicios – 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.

Recomendamos realizar un Backup en la herramienta Sianiesp con la información del 2013 y reinicializar bases de datos en esta herramienta para iniciar el año con las estructuras desarrolladas para el 2014 que se distribuirán al país durante la reunión nacional de vigilancia y análisis de riesgo en diciembre de 2013.

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 CUBOS.

## 9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- 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.

## 10. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA APROBACION			DESCRIPCIÓN
	AA	MM	DD	
00	2013	04	26	La publicación del documento se realizó en diciembre de 2012, en esta actualización se incorporó el documento al formato de calidad SIG
01	2013	12	06	Se realiza la Reunión Nacional de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública donde se actualiza el documento para su ejecución durante el 2014

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
 <p>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</p>	<p>Líderes de los Equipos Funcionales de la Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, nombrados en la página 2</p>	<p>Oscar Pacheco</p>	<p><b>Fernando Pío de la Hoz</b></p> <p><b>Máncel Martínez Durán</b></p>
		<p>Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Publica</p>	<p>Director General Instituto Nacional de Salud</p> <p>Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública</p>