 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	Página 1 de 19
		Versión N° 00
	INT-R02.002.4040-004	Fecha próxima revisión: 25 de Septiembre de 2010
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de factores de riesgo ambiental Fecha: 25 de Septiembre 2009	Revisado por: Coordinador grupo de vigilancia y control de factores de riesgo ambiental Fecha: 25 de Septiembre 2009	Aprobado por: Dr. Víctor Hugo Álvarez Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 25 de Septiembre 2009

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de las mortalidades por EDA en menores de 5 años 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 del evento.

1.2 Objetivos específicos

- Vigilar y mantener actualizada la información de mortalidad por EDA en los menores de cinco años.
- Captar en el SIVIGILA 100% de los casos de mortalidad por EDA en los menores de cinco años.
- Identificar factores de riesgo para la mortalidad por EDA y orientar la definición de intervenciones.
- Determinar la etiología de la enfermedad para definir las medidas de control.
- Evaluar la calidad de prestación del servicio de salud.

2. ALCANCE

Este documento define la metodología para los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientarán las medidas de prevención y control de los casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años a nivel nacional, departamental y municipal según se requiera.

3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento y de los actores del sistema:

Ministerio de la Protección Social-Centro Nacional de Enlace.

Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública.

Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.

Unidades primarias generadoras de datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

4. DEFINICIONES

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

5. CONDICIONES GENERALES: N/A

6. MATERIALES Y REACTIVOS: N/A

7. EQUIPOS: N/A

8. CONTENIDO

8.1. Importancia del evento

8.1.1. Descripción del evento

Según OMS-OPS se define diarrea como la presencia de tres o más deposiciones anormalmente líquidas en 24 horas, con o sin sangre. Es decir, es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución de la consistencia, aumento en el volumen o aumento de deposiciones (más de tres en 24 horas) que puede o no tener algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco y sangre.

La diarrea es un evento que se inicia en forma aguda, y puede prolongarse por muchos días convirtiéndose en una diarrea persistente.

El número de las evacuaciones intestinales hechas en un día varía según la dieta y la edad de la persona. Los lactantes alimentados al seno materno a menudo tienen evacuaciones blandas o líquidas y más frecuentes y **esto no debe confundirse con diarrea**.

La muerte por EDA se produce como consecuencia del deterioro nutricional progresivo; los estados prolongados de deshidratación y desequilibrio electrolítico; la sepsis y el limitado acceso a los servicios de salud o cobertura y atención inadecuada.

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Los principales agentes causales de enfermedad diarreica aguda son: rotavirus, <i>Escherichia coli</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Shigella</i> sp, <i>Salmonella</i> spp, <i>Giardia duodenalis</i> , <i>Yersinia enterocolítica</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> .
Modo de transmisión	<p><i>Rotavirus</i>: La forma primaria es fecal-oral, en bajos títulos del virus en secreciones del conducto respiratorio y otros fluidos corporales. Dado que el virus es estable en el medio ambiente, la transmisión puede ocurrir a través de la ingestión de agua o comida contaminada, y mediante contacto con superficies contaminadas.</p> <p><i>Escherichia coli</i>: Agua y alimentos contaminados.</p> <p><i>Campylobacter</i> sp: Leche, agua y otros alimentos contaminados.</p> <p><i>Shigella</i> sp.: Contacto directo y alimentos contaminados.</p> <p><i>Salmonella</i> spp.: Agua y alimentos contaminados.</p> <p><i>Giardia duodenalis</i>: Puede ser directa (mano-boca) o bien indirecta por ingestión de agua o comida contaminada.</p> <p><i>Yersinia enterocolítica</i>: Agua y alimentos contaminados.</p> <p><i>Entamoeba histolytica</i>: Vía fecal-oral.</p>
Periodo de transmisibilidad	<p><i>Rotavirus</i>: durante la fase aguda de la enfermedad, y más tarde mientras persista la excreción y dispersión de virus. El rotavirus por lo común no se detecta después del octavo día de la infección, aunque se ha señalado la excreción de virus por 30 días o más en pacientes inmunodeficientes. Los síntomas persisten durante cuatro a seis días en promedio</p> <p><i>Escherichia coli</i>: la eliminación del agente patógeno suele durar una semana o menos en adultos; sin embargo, en infantes se prolonga hasta tres semanas en un tercio de casos. No es frecuente la eliminación por períodos prolongados.</p> <p><i>Campylobacter</i> sp: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo se elimina por materia fecal durante hasta 5-7 semanas</p> <p><i>Shigella</i> sp.: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo.</p> <p><i>Salmonella</i> spp: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo.</p> <p><i>Giardia duodenalis</i>: durante el período de excreción de quistes.</p> <p><i>Yersinia enterocolítica</i>: se desconoce, sin embargo la bacteria es excretada durante un promedio de seis semanas después del diagnóstico.</p> <p><i>Entamoeba histolytica</i>: mientras se expulsan los quistes por las heces.</p>
Período de incubación	<p><i>Rotavirus</i>: de 24 a 72 horas, aproximadamente.</p> <p><i>Escherichia coli</i>: de 3 a 8 días, con una mediana de 3-4 días.</p> <p><i>Campylobacter</i> sp: de 1 o 2 días.</p> <p><i>Shigella</i> sp.: varía de 1 a 7 días, pero típicamente es de 2 a 4 días.</p>

Aspecto	Descripción
	<p><i>Salmonella spp.</i>: desde 6 hasta 48 horas, dependiendo de la dosis infectante, la que puede ser de 15 a 20 UFC para algunos serotipos.</p> <p><i>Giardia duodenalis</i>: es de 1 a 4 semanas.</p> <p><i>Yersinia enterocolítica</i>: de manera típica va de 4-6 días, aunque varía de 1-14.</p> <p><i>Entamoeba histolytica</i>: es de 2 a 4 semanas.</p>
Susceptibilidad	<p><i>Rotavirus</i>: la susceptibilidad alcanza su nivel máximo entre los 6 y 24 meses de edad; a los 3 años de edad, casi todos los niños han generado anticuerpos contra rotavirus. Los individuos inmunodeficientes están expuestos al peligro particular de excretar por largo tiempo el antígeno de los rotavirus y a sufrir diarrea intermitente por dichos virus. La diarrea es poco frecuente en lactantes infectados de menos de 3 meses de edad.</p> <p><i>Escherichia coli</i>: la dosis infectante es muy baja, no es bien conocida la susceptibilidad e inmunidad a este agente. La edad avanzada aparece como un riesgo, sobre todo si está vinculada a hipoclorhidria, que puede ser un factor contribuyente a la susceptibilidad. Los infantes menores de 5 años tienen mayor riesgo de desarrollar síndromes hemolítico-urémicos.</p> <p><i>Shigella sp.</i>: la mayoría de los episodios de shigelosis en pacientes previamente sanos son autolimitados y se resuelven en 5 a 7 días sin secuelas.</p> <p>Las complicaciones más graves, que pueden incluso comprometer la vida, se ven en inmunodeprimidos, desnutridos y niños pequeños. Estas son fundamentalmente alteraciones hidro-metabólicas (deshidratación, hiponatremia, hipoglicemia) y complicaciones intestinales como megacolon tóxico o perforación intestinal.</p> <p>La bacteriemia por <i>Shigella</i> es mucho más rara y se observa casi exclusivamente en inmunodeprimidos.</p> <p><i>Yersinia enterocolítica</i>: afecta a los niños menores de edad y a los adultos con factores de predisposición como el almacenamiento excesivo de hierro y estados inmunosupresores.</p>

8.1.2. Caracterización epidemiológica

Según la OMS se estima que 1,8 millones de personas mueren cada año en el mundo debido a enfermedades diarreicas (incluido el cólera), 90% de esas personas son niños menores de cinco años, principalmente procedentes de países en desarrollo. Se considera que 88% de las enfermedades diarreicas es producto de un abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento y una higiene deficientes, si se corrigieran estos factores, habría una reducción entre 21% y 32% de la morbilidad por diarrea; además de las medidas de higiene, la educación sobre el tema y la insistencia en el hábito de lavarse las manos pueden reducir el número de casos de diarrea en hasta 45%.

En la última década del siglo XX, la EDA fue uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo. Constituye una de las principales causas de enfermedad y muerte en los niños menores de cinco años; la mayor morbimortalidad la sufren los niños menores de dos años y se estima que aproximadamente de 80% a 90% de las muertes por diarrea ocurre en ese grupo de edad.

De acuerdo con estudios efectuados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las dos principales complicaciones de las EDA son la deshidratación y la desnutrición.

Cada año en las Américas más de 250.000 niños mueren antes de los cinco años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición, y otras enfermedades prevenibles por vacunación. Estas enfermedades son también la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40 a 50% de las hospitalizaciones de niños menores de cinco años. Esta abrumadora carga de sufrimiento y muerte ocurre en todos los países de América Latina y el Caribe, pero es más seria en países donde las tasas de mortalidad infantil superan 40 muertes por mil nacidos vivos.

En Colombia, la enfermedad diarreica aguda ocupa los primeros lugares de morbimortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. Las tasas de mortalidad por EDA en la población menor de cinco años han disminuido considerablemente entre 1990 y 2001, de 45,4 a 21,5 con un número de defunciones en 1990 de 2.002 casos a 1.023 casos en el 2001.

De acuerdo a los indicadores básicos publicados por el Ministerio de la Protección Social y la OPS, en el 2006 se presentaron 500 muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, con una tasa de 11,6 x 100.000.

Al observar la mortalidad por grupos de edad entre menores de un año y de uno a cuatro años, 70% de los casos durante los doce años de revisión sucedió en niños menores de un año.

8.2. Estrategia

En la vigilancia de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en población menor de cinco años se empleará la **vigilancia pasiva o rutinaria y vigilancia activa**, las cuales operarán en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) que conforman el sistema de vigilancia en salud pública.

8.2.1. Vigilancia pasiva

Vigilancia a través de la notificación inmediata y semanal obligatoria de muertes en menores de cinco años por municipio y departamento.

8.2.2. Vigilancia activa

Revisión mensual de los certificados de defunción de menores de cinco años desde el nivel institucional, municipal y departamental para realizar el cruce de información entre estadísticas vitales y la notificación de las muertes por enfermedad diarreica aguda al Sivigila.

8.3. Información y configuración del caso

8.3.1. Definición operativa de caso

Tipo de Caso	Características de la clasificación
Caso confirmado	Muerte de un niño(a) menor de cinco años que haya presentado enfermedad diarreica aguda acompañada de deterioro de la condición general, aumento del grado de deshidratación y la presencia de alguna infección asociada.

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio y del municipio hasta el nivel nacional e internacional, y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

8.4.2. Notificación

Notificación	Responsabilidad
Notificación inmediata	<p>Será inmediata e individual y desde la UPGD a la unidad notificadora municipal.</p> <p>La UPGD debe verificar el diligenciamiento y revisar el certificado de defunción para cada muerte por EDA en menor de 5 años junto con la ficha de datos básicos y complementarios.</p>
Notificación semanal	<p>De la UPGD al municipio: presencia o ausencia de casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años.</p> <p>Del municipio al departamento: presencia o ausencia de casos de muerte por EDA en menores de 5 años; debe informarse semanalmente de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.</p> <p>Del departamento a la nación: presencia o ausencia de casos de muerte por EDA en menores de 5 años; debe informarse semanalmente de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.</p>
Ajustes por periodos epidemiológicos	<p>Los ajustes a la información de casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años se deben realizar a más tardar en el periodo epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.</p>

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

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

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración,

dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

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

8.5. Análisis de los datos

8.5.1. Comités de análisis y de estadísticas vitales

El análisis de la mortalidad por EDA en población menor de cinco años debe ser coordinado por el sector salud por medio de los comités de análisis y de estadísticas vitales con la participación obligatoria de todos sus miembros. A continuación se mencionan algunos aspectos importantes a tratar en dichos análisis en cada uno de los niveles territoriales:

Aspecto a incluir en el análisis de situación en muerte por EDA	Nivel territorial en él que se realiza	Periodicidad del análisis
Descripción de las características y factores determinantes de las muertes por EDA en población menor de 5 años por variables de edad, procedencia, régimen de afiliación, servicios y cobertura de atención de niños con EDA; causas de muerte (de acuerdo con el certificado de defunción); factores de riesgo biológicos, socioeconómicos, demográficos, de comportamiento y ambientales.	Municipio Departamento Nación	Anual Semestral Mensual
Correlación entre la información generada por la notificación obligatoria semanal y el sistema de estadísticas vitales.	Municipio Departamento Nación	Mensual Trimestral Semestral
Proceso de ajuste del número de muertes por EDA en población menor de 5 años por medio de la identificación de los casos a partir de la revisión manual de los certificados de defunción.	Departamento Nación (actividad conjunta entre el DANE - INS)	Trimestral Semestral
Identificación de áreas de riesgo	Municipio Departamento Nación	Trimestral Semestral Anual

Aspecto a incluir en el análisis de situación en muerte por EDA	Nivel territorial en él que se realiza	Periodicidad del análisis
Evaluación y retroalimentación de las principales actividades incluidas en los planes de mejoramiento.	Municipio Departamento Nación	Mensual Trimestral Semestral

8.5.2 Indicadores

Ver anexo indicadores MNL-R02.001.4010-003.

8.6. Orientación de la acción

8.6.1. Acciones Individuales

La **UPGD** debe:

- Realizar la notificación del caso de acuerdo con los parámetros establecidos por el sistema de vigilancia en salud pública nacional utilizando la ficha de notificación para mortalidad por EDA:
- Registrar el caso en el sistema de estadísticas vitales.
- Iniciar la configuración del caso a través de la revisión de la historia clínica del menor.
- Realizar análisis y elaboración del plan de mejoramiento institucional.
- La **unidad municipal** debe
- Apoyar a la UPGD en la configuración del caso y hacer la investigación de campo y autopsia verbal.
- Realizar el análisis de cada caso de mortalidad por EDA presentado y realizar un plan de mejoramiento, haciendo seguimiento al mismo.

La **unidad departamental o distrital** debe:

- Apoyar al municipio en el análisis de los casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años que lo requieran y hacer seguimiento de los mismos.
- Hacer seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento propuesto.
- Realizar el análisis y caracterización del evento en el ente territorial.
- Hacer difusión de la información a los actores involucrados y al nivel nacional.

El **nivel nacional** debe:

- Analizar y caracterizar el comportamiento del evento en el país para la toma de decisiones oportunas y establecer medidas que contribuyan al mejoramiento de los factores determinantes en este tipo de eventos.

Fuentes de información

Para la recolección de los datos se deben tener en cuenta las siguientes fuentes de información.

1. **Certificado de defunción:** el certificado de defunción debe permitir la identificación primaria de muertes por EDA en la población objeto y proporcionar los datos clave para iniciar el proceso de configuración del caso.
2. **Historia clínica:** es necesario tener en cuenta que la historia clínica no solamente hace referencia a los procedimientos llevados a cabo en el periodo que antecedió al fallecimiento del menor, sino que debe analizarse la historia completa, que incluya los antecedentes de atención de recién nacido y en el programa de crecimiento y desarrollo. Es posible que el niño haya tenido contacto con diferentes instituciones prestadoras del servicio -IPS- desde su nacimiento, por lo cual es necesario recuperar las diferentes historias clínicas con el fin de reconstruir todos los antecedentes.
3. **Investigación de campo- autopsia verbal:** con ella se pretende obtener los datos mínimos necesarios en la caracterización de las muertes y los datos que la historia clínica no provee. Cuando no existen antecedentes de contacto institucional y la muerte fue en el domicilio, la investigación de campo provee la única información del caso.

Factores determinantes

En el proceso de vigilancia de las muertes por enfermedad diarreica aguda no sólo es importante saber cuál es el nivel (magnitud, tendencia) de ésta, sino también entender porqué fallecen estos niños menores de cinco años, por tanto es necesario tomar en cuenta factores individuales y factores determinantes del entorno que permitan obtener datos e información acerca de otros factores condicionantes de gran importancia al momento de realizar el análisis de una muerte por enfermedad diarreica aguda. Se deberán tener en cuenta los siguientes.

Factores demográficos

- Sexo: es reconocida la labilidad del sexo masculino frente al femenino en el comportamiento de la morbi-mortalidad infantil, especialmente en el menor de un mes, es más, también está incrementada en el sexo masculino la mortalidad fetal.
- Edad: la enfermedad diarreica aguda es más frecuente en los menores de cinco años y dentro de éste grupo, en menores de un año.
- Procedencia: existen diferencias en las muertes por EDA en menores de cinco años que dependen del lugar de origen; usualmente en las zonas rurales y en zonas periurbanas con condiciones deficientes de infraestructura suelen ocurrir un mayor número de muertes.

Factores de riesgo biológicos

- Estado nutricional: es bien conocido el efecto del estado nutricional sobre la morbi-mortalidad infantil. La lactancia materna puede proteger contra las EDA en general mediante un cierto número de mecanismos, incluyendo sustancias antivirales y antibacterianas, por tanto, se recomienda que sea el alimento exclusivo durante los primeros cuatro a seis meses de edad. A los dos meses de edad, la mitad de los niños está recibiendo alimentación complementaria, igual proporción o más está recibiendo biberón y muchos niños son integrados a la alimentación del hogar antes de cumplir el primer año de edad.
- Bajo peso al nacer: el bajo peso al nacer es un determinante bien conocido en la mortalidad general para infantes y niños menores de cinco años. Dos mecanismos principales vinculan el peso al nacer con la enfermedad diarreica aguda: inmunocompetencia reducida e inmadurez en la función metabólica.

Factores de riesgo socioeconómico

- Ingreso familiar: un mayor número de muertes ocurre en familias que tienen niveles bajos de ingresos económicos, sobre todo porque impacta directamente en las condiciones de acceso a alimentación adecuada, vivienda, servicios públicos domiciliarios y servicios de salud, entre otros.
- Educación de los padres: la menor educación en las madres se asocia con un aumento en el riesgo de hospitalizaciones y en la mortalidad por diarrea. A mayor nivel educativo es menor la mortalidad infantil.

- Acceso a servicios de salud: factor determinado por la cobertura del SGSSS, oportunidad en el acceso a los servicios médicos-hospitalarios, el ingreso económico de la familia, y la calidad de la atención ofrecida.

- Cuidadores de la infancia: adecuada capacitación de los padres o del cuidador del menor, o instituciones como guarderías y jardines que cumplan con los requisitos adecuados y el personal idóneo para esta labor.

Factores de riesgo del comportamiento

Los conocimientos, actitudes y prácticas de la población general frente al manejo de la EDA, el uso del suero oral y la automedicación ha mejorado sustancialmente; las acciones de información, educación y capacitación que se realizaron para abordar el problema de la reintroducción del cólera en 1991 permitieron al país fortalecer este conocimiento, sin embargo, aún persisten conductas no apropiadas en su manejo que, sumadas a limitantes de accesibilidad económica y cultural a servicios de salud, tienen como consecuencia que se reporten fallecimientos de niños y niñas por EDA en las casas o camino a una institución hospitalaria por la baja sensibilización de la madre o el cuidador para acceder a los servicios de salud de manera oportuna.

Factores ambientales

- Condiciones de acceso al agua potable, saneamiento básico y manejo de excretas son algunos de los factores ambientales a revisar.

- Condiciones de la vivienda: una de cada cuatro viviendas del área rural tiene piso de tierra o arena, lo cual es un factor de riesgo importante en la presencia de EDA, especialmente por su acompañamiento con presencia de insectos y roedores en la vivienda, hacinamiento, bajo nivel de ingresos y de escolaridad.

- Hacinamiento: es una condición presente en grupos poblacionales de área rural y urbana deprimida, más frecuente en municipios receptores de población desplazada y asociada con presencia de bajos ingresos, bajo nivel educativo y bajo nivel de vida.

Factores relacionados con los servicios de salud

- Poblacionales

- Actitud de la población frente al problema de la diarrea: identificación de la enfermedad como una patología que de no ser manejada adecuadamente pone en peligro la vida del menor. Conceptos culturales bajo los cuales el primer nivel de consulta es la medicina tradicional o la automedicación.

- Identificación de signos de alarma que induzcan a los padres y cuidadores a la búsqueda de atención médica.
- Acceso a los servicios de salud: condiciones de transporte, tiempo requerido para llegar al centro asistencial más cercano, afiliación al sistema de salud, conocimiento de deberes y derechos en el SGSSS, entre otros.

Servicios de salud

- Capacidad para la atención de niños con EDA: disponibilidad de insumos suficientes y necesarios para la identificación y diagnóstico de la causa de la enfermedad. Capacidad para el manejo de complicaciones. Red de referencia y contrarreferencia, entre otros.
- Calidad de los servicios que son prestados a la población: capacitación del personal que atiende menores con EDA en términos de conocimiento de protocolos, procesos de identificación etiológica, procesos de remisión a niveles de mayor complejidad, educación a padres y cuidadores para la identificación de signos de alarma, y actividades de promoción y prevención y demanda inducida, entre otros.

Evaluación de la atención

En el análisis del evento juega un papel importante la calidad de los servicios de salud en cuanto a las características de oportunidad, eficacia y eficiencia de la atención, así como el acceso al servicio de salud, lo cual debe ser objeto de evaluación mediante estrategias como la de “Las tres demoras”, que es una de las estrategias utilizadas para evaluar la atención en las mortalidades evitables.

Primera demora - “Tomar la decisión de buscar ayuda”

Evalúa los conocimientos, prácticas y creencias de las comunidades que pueden influir en el reconocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad y en la decisión de buscar ayuda. Estos factores son:

- falta de información en la comunidad
- falta de credibilidad en la habilidad del personal médico
- aspectos culturales que impiden que los demás miembros de la familia busquen ayuda
- grandes distancias hasta las instituciones de salud
- incapacidad de pago por los servicios de salud.

Segunda demora - “Llegando a la instalación médica”

Una vez decidida la búsqueda de ayuda se debe llegar la institución de salud. Los obstáculos para el acceso al sitio donde recibirá la atención y la no disponibilidad de servicios básicos incrementarán los efectos de esta demora, al igual que la disponibilidad,

eficiencia y costos del transporte. La accesibilidad a los servicios de salud es el factor que influirá en este retraso.

Tercera demora - “Atención de la prestación de servicios de salud con calidad”

El cuidado y atención de los servicios de salud depende del personal capacitado, de las condiciones generales de la infraestructura y de la disponibilidad de insumos y medicamentos, agravándose la situación cuando la demora es de carácter administrativo. Entre la atención deficiente se encuentran los siguientes aspectos.

- Dificultad administrativa para acceder al servicio.
- Tratamientos médicos inadecuados o inoportunos.
- No identificación adecuada del riesgo (signos de alarma).
- Personal insuficiente o poco capacitado para la atención del caso.
- Falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos.
- Falta de actividades de promoción y prevención.
- Calidad deficiente de los servicios de apoyo diagnóstico.
- Deficiente calidad de la información contenida en la historia clínica.

8.6.2 Acciones Colectivas

Los planes de mejoramiento permitirán generar acciones que incidirán en el nivel colectivo y por lo tanto se deberán plantear acciones a desarrollar en los diferentes aspectos hallados con base en el análisis de la mortalidad por EDA y de acuerdo con el nivel donde fue realizado. Además se deben implementar las siguientes acciones.

Información, educación y comunicación a la comunidad

La estrategia base para impactar en eventos como la mortalidad infantil es el fortalecimiento de los conocimientos que se tienen en la comunidad de los factores de riesgo y de la identificación de signos de alarma que lleven a buscar atención médica oportunamente.

El acceso y el uso de la terapia de rehidratación oral (TRO) para el manejo de la diarrea en el hogar, así como el conocimiento de los signos de alarma para la consulta precoz, pueden reducir el número de casos de deshidratación grave y el número de muertes debidas a diarrea.

Combatir riesgos ambientales

Existen varias medidas sencillas, baratas, eficaces y sostenibles para combatir los riesgos ambientales que amenazan a los niños. Pueden tomarse en el hogar o en las escuelas.

Seguridad del abastecimiento de agua para la vivienda

- Almacenar agua salubre en el hogar (y tratarla en el hogar cuando su calidad es dudosa) reduce el riesgo de contaminación del agua y beneficia a la salud.

Higiene y saneamiento

- Estimular acciones de saneamiento básico y agua potable a través de alianzas intersectoriales que contribuyan a la mejor calidad, cobertura y cantidad. El agua es el principal vehículo de propagación de la enfermedad diarreica aguda. Lavarse las manos con jabón antes de preparar la comida, antes de comer y después de defecar reduce considerablemente el riesgo de enfermedades diarreicas.
- Aplicar las cinco reglas de la OMS para unos alimentos más seguros a fin de reducir el riesgo de las enfermedades de transmisión alimentaria: la limpieza; separar los alimentos crudos de los cocidos; cocerlos bien; mantener los alimentos a la temperatura correcta, y utilizar agua y materias primas aptas para el consumo.

Capacitación y educación del personal de salud

El manejo de los casos debe hacerse de acuerdo a la guía de atención integral de la enfermedad diarreica aguda (Resolución 00412 de 2000). El conocimiento por parte del personal de salud que presta sus servicios en el primer nivel de atención es importante en la medida en que es allí en donde ocurre la consulta primaria de los menores de cinco años.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud de Colombia. Dirección general de promoción y prevención. Resolución 412 de 2.000. Guía de atención de enfermedad diarreica aguda Colombia.
2. World Health Organization. The World Health Report 2004. Genova. Anex 3 pp. 120-6.
3. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica Nº 549, Washington. 1994.
4. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud de Medellín. Vélez GA, Gallego LI, Jaramillo DC. Modelos para el análisis de la mortalidad materna perinatal. Modelo de análisis de la muerte materna: camino para la supervivencia, Medellín 2005. Pag34.
5. Hospital Infantil de México, Federico Gómez. Enfermedades diarreicas en el niño. Interamericana, Mc Graw, Hill. Décima edición. 1996.

10. CONTROL DE REGISTROS




Control del registro									
Identificación		1ª fase: archivo de gestión				2ª fase: disposición inicial			3ª fase: disposición final
Cod.	Nombre	Ordenación documental	Responsable	Lugar	Tiempo de retención	Método usado	Responsable	Tiempo	Método utilizado
REG-R02.001.4 010-001	Ficha de notificación Datos básicos	Orden cronológico y temático	Auxiliar Servicios Generales	Archivo SVCSP	3 años	Orden cronológico y temático	Auxiliar administrativo	15 años	Eliminación
REG-R02.001.4 040-002	Ficha de notificación de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años. Datos complementarios.	Orden cronológico y temático	Auxiliar servicios generales	Archivo SVCSP	3 años	Orden cronológico y temático	Auxiliar administrativo	15 años	Eliminación

11. CONTROL DE REVISIONES

Versión	Fecha aprobación aa mm dd			Responsable aprobación	Motivo de creación o cambio
00	09	07	01		

12. ANEXOS

12.1 Anexo 1. Ficha única de notificación de mortalidad por EDA en menores de 5 años.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA										
Subsistema de Información SIVIGILA										
Ficha de Notificación										
  										
Datos básicos										
REG-R02.001.4010-001 V:00 AÑO 2010										
1. INFORMACIÓN GENERAL										
1.1. Nombre del evento						1.2. Fecha de notificación				
						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Código Día Mes Año </div>				
1.3. Semana*		1.4. Año:		1.5. Departamento que notifica			1.6. Municipio que notifica			
* Epidemiológica		Año								
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato						1.8. Código de la UPGD		1.9. Nit UPGD		
						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Depto. Municipio Código Sub. </div>				
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE										
2.1. Primer nombre			2.2. Segundo nombre			2.3. Primer apellido				
2.4. Segundo apellido			2.5. Teléfono			2.6. Fecha de nacimiento				
						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Día Mes Año </div>				
2.7. Tipo de documento de identificación										
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> RC (1) Registro TI (2) T. de ID. CC (3) C.C. CE (4) C. extranjera PA (5) Pasaporte MS (6) Menor sin ID. AS (7) Adulto sin ID. </div>										
2.8. Número de identificación										
2.9. Edad		2.10. Unidad de medida de la edad		2.11. Sexo		2.12. País de ocurrencia del caso				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 Años 2 Meses 3 Días 4 Horas 5 Minutos </div>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> M (1) Mas. F (2) Fem. </div>						
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso				2.14. Área de ocurrencia del caso			2.14.1. Cabecera mpal/Centro poblado/Rural disperso		2.15. Barrio de ocurrencia	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Depto. Municipio </div>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 Cabecera municipal 2 Centro poblado 3 Rural disperso </div>						
2.15.2. Localidad			2.16. Dirección de residencia			2.17. Ocupación del paciente		2.18. Tipo de régimen en salud		
						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Código 1 Contributivo 2 Subsidado 3 Excepción 4 Especial 5 No afiliado </div>				
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud						2.20. Pertenencia étnica				
						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 Indígena 2 ROM 3 Raizal </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 4 Palenquero 5 Afro colombiano 6 Otros </div>				
2.21. Grupo poblacional										
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 9 Desplazados 13 Migratorios 14 Carcelarios 5 Otros grupos poblacionales </div>										
3. NOTIFICACIÓN										
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente						3.2. Fecha de consulta		3.3. Inicio de síntomas		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Depto. Municipio </div>						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Día Mes Año </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Día Mes Año </div>		
3.4. Clasificación inicial de caso						3.5. Hospitalizado		3.6. Fecha de hospitalización		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 Sospechoso 2 Probable 3 Conf. por laboratorio 4 Conf. clínica 5 Conf. nexa epidemiológico </div>						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 Si 2 No </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Día Mes Año </div>		
3.7. Condición final		3.8. Fecha de defunción		3.9. No. certificado defunción		3.10. Causa básica de muerte				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 Vivo 2 Muerto </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Día Mes Año </div>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> CIE10 </div>				
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha						3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha				
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES										
4.1. Seguimiento y clasificación final del caso								4.2. Fecha de ajuste		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 0 No aplica 3 Conf. por laboratorio 4 Conf. clínica 5 Conf. nexa epidemiológico 6 Descartado 7 Otra actualización </div>								<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Día Mes Año </div>		

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Subsistema de Información SIVIGILA

Ficha de Notificación



BICENTENARIO
de la Independencia de Colombia
1810-2010



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Mortalidad materna Cód INS: 550- Mortalidad perinatal Cód INS 560 - Interrupción voluntaria del embarazo Cód INS: 565

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos de la madre

B. Tipo de ID*

C. No. de identificación

4. SITIO DE DEFUNCIÓN

4.1. Sitio de defunción

☐ 1 IPS(hospital/clínica) ☐ 2 IPS(centro/puesto salud) ☐ 3 Lugar de trabajo ☐ 4 Vía pública ☐ 5 Durante el traslado ☐ 6 Domicilio ☐ 7 Otro

5. ANTECEDENTES MATERNOS

5.1. Convivencia <input type="checkbox"/> 1 Cónyuge <input type="checkbox"/> 2 Familia <input type="checkbox"/> 3 Sola <input type="checkbox"/> 4 Otro	5.2. Si marcó otro, ¿Cuál?	5.3. Escolaridad: <input type="checkbox"/> 1 Ninguna <input type="checkbox"/> 2 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 4 Superior <input type="checkbox"/> 5 Sin información
5.4. Regulación de la fecundidad: <input type="checkbox"/> 1 No usó métodos por desconocimiento <input type="checkbox"/> 2 No usó métodos por acceso <input type="checkbox"/> 3 No usó métodos porque no deseaba <input type="checkbox"/> 4 Natural <input type="checkbox"/> 5 Dispositivo intrauterino <input type="checkbox"/> 6 Hormonal <input type="checkbox"/> 7 Barrera <input type="checkbox"/> 8 Quirúrgico <input type="checkbox"/> 9 Otro		
5.5. Gestaciones	5.6. Partos vaginales	5.7. Cesáreas
	5.8. Abortos	5.9. Muertos
		5.10. Vivos

6. FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES

6.1. Antecedentes de riesgo <input type="checkbox"/> 1 Ninguno <input type="checkbox"/> 2 Hipertensión crónica <input type="checkbox"/> 3 Cardiopatías <input type="checkbox"/> 4 Diabetes <input type="checkbox"/> 5 Mola hidatiforme <input type="checkbox"/> 6 RN pretérmino <input type="checkbox"/> 7 RN de bajo peso <input type="checkbox"/> 8 RN macrosómicos <input type="checkbox"/> 9 Trastorno mental <input type="checkbox"/> 10 Obesidad <input type="checkbox"/> 11 Desnutrición crónica <input type="checkbox"/> 12 Integridad menor a 2 años	<input type="checkbox"/> 13 ITS distintas a VIH, sífilis y HB <input type="checkbox"/> 14 VIH - SIDA <input type="checkbox"/> 15 Otras infecciones <input type="checkbox"/> 16 RH negativo <input type="checkbox"/> 17 Tabaquismo <input type="checkbox"/> 18 Alcoholismo <input type="checkbox"/> 19 Sustancias psicoactivas <input type="checkbox"/> 20 Deficiencias socioeconómicas <input type="checkbox"/> 21 Sífilis <input type="checkbox"/> 22 Hepatitis B <input type="checkbox"/> 23 Otros factores de riesgo <input type="checkbox"/> 24 Gingivitis y/o periodontitis	6.2. Complicaciones del actual embarazo <input type="checkbox"/> 1 Preeclampsia <input type="checkbox"/> 2 Eclampsia <input type="checkbox"/> 3 Sind. HELLP <input type="checkbox"/> 4 Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> 5 Sepsis <input type="checkbox"/> 6 Hemorragia 1er trimestre <input type="checkbox"/> 7 Hemorragia 2do trimestre <input type="checkbox"/> 8 Hemorragia 3er trimestre <input type="checkbox"/> 9 Desproporción cefalo pélvica <input type="checkbox"/> 10 Retardo crecimiento intrauterino <input type="checkbox"/> 11 Enfermedad autoinmune
6.3. Si marcó otros factores (6.1.23), ¿cuáles?		6.4. Si marcó otras complicaciones (6.2.15), ¿cuáles?

7. ANTECEDENTES PRENATALES

7.1. No. C.P.N.	7.2. Inicio CPN Semana	7.3. Controles realizados por <input type="checkbox"/> 1 Médico general <input type="checkbox"/> 2 Médico obstetra <input type="checkbox"/> 3 Enfermera <input type="checkbox"/> 4 Aux. enfermería <input type="checkbox"/> 5 Promotor	7.4. Nivel de atención <input type="checkbox"/> 1 I <input type="checkbox"/> 2 II <input type="checkbox"/> 3 III <input type="checkbox"/> 4 IV
7.5. ¿Clasificó el riesgo? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	7.6. Riesgo clasificado por <input type="checkbox"/> 1 Médico general <input type="checkbox"/> 2 Médico obstetra <input type="checkbox"/> 3 Enfermera <input type="checkbox"/> 4 Otro	7.7. Remisiones oportunas <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 No aplica	7.8. Complicación del feto y RN CIE10

8. ANTECEDENTES DE EMBARAZO Y PUERPERIO

8.1. Momento en que ocurrió la muerte materna (En el momento de la muerte) <input type="checkbox"/> 1 Gestación <input type="checkbox"/> 2 Parto <input type="checkbox"/> 3 Puerperio < 24 horas <input type="checkbox"/> 4 Puerperio > 24 Horas				8.2. Semana gestación para la mortalidad materna	8.3. Fecha y hora del parto o IVE Día Mes Año Hora (00-24)
8.4. Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 Vaginal <input type="checkbox"/> 2 Cesárea <input type="checkbox"/> 3 Instrumentado <input type="checkbox"/> 4 Ignorado	8.5. Parto atendido por <input type="checkbox"/> 1 Médico general <input type="checkbox"/> 2 Obstetra <input type="checkbox"/> 3 Enfermera <input type="checkbox"/> 4 Auxiliar enfermería <input type="checkbox"/> 5 Promotor <input type="checkbox"/> 6 Partera <input type="checkbox"/> 7 Otro	8.5.1. Otro, ¿quién?	8.6. Nivel de atención <input type="checkbox"/> 1 I <input type="checkbox"/> 2 II <input type="checkbox"/> 3 III <input type="checkbox"/> 4 IV		

9. DATOS ADICIONALES PARA MUERTE PERINATAL O IVE

Desde las 22 semanas de gestación hasta los 7 días postnacimiento					
9.1. Momento en que ocurrió la muerte perinatal <input type="checkbox"/> 1 Anteparto <input type="checkbox"/> 2 Intraparto <input type="checkbox"/> 3 Preealta <input type="checkbox"/> 4 Postalta	9.2. Edad gestacional Semanas	9.3. Edad gestacional confiable <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	9.4. Edad neonatal en el momento de la muerte	9.5. Peso al nacer (gramos)	9.6. Talla al nacer (cm)
9.7. APGAR 1*	9.8. APGAR 5*	9.9. Nivel de atención inicial al RN <input type="checkbox"/> 1 I <input type="checkbox"/> 2 II <input type="checkbox"/> 3 III <input type="checkbox"/> 4 IV	9.10. ¿Remisión oportuna por complicaciones? <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 No aplica		
9.11. Adaptación neonatal realizada por <input type="checkbox"/> 1 Neonatólogo <input type="checkbox"/> 2 Pediatra <input type="checkbox"/> 3 Médico general <input type="checkbox"/> 4 Enfermera <input type="checkbox"/> 5 Aux. enfermería <input type="checkbox"/> 6 Partera <input type="checkbox"/> 7 Otro					

10. CAUSAS DE MUERTE

* Registre las causas de muerte materna o perinatal de conformidad con el certificado de defunción; si coexiste mortalidad materna y perinatal, diligencie una ficha para cada evento.	
10.1. Causas de defunción Causa básica	10.3. Descripción de demoras encontradas <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No
10.2. Causa de muerte determinada por <input type="checkbox"/> 1 Historia clínica <input type="checkbox"/> 2 Autopsia verbal <input type="checkbox"/> 3 Necropsia	10.3.1. Pendiente 10.3.2. Demora 1: 10.3.3. Demora 2: 10.3.4. Demora 3: 10.3.5. Demora 4: