 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	Página 1 de 48
			Versión Nº 00
		PRO-R02.003.0000-042	Fecha próxima revisión: 13 de agosto de 2011
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades transmisibles (Eventos inmunoprevenibles) Fecha: 13 de agosto 2010	Revisado por: Coordinador grupo de eventos inmunoprevenibles Fecha: 13 de agosto 2010	Aprobado por: Dr. Víctor Hugo Álvarez Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 13 de agosto 2010	

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de las diferentes estrategias para la vigilancia de la infección respiratoria aguda 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, vigilancia y control.

1.2 Objetivos específicos

- Detectar de manera oportuna los casos de IRAG inusitada causada por agentes patógenos respiratorios conocidos o nuevos que tengan potencial epidémico o pandémico.
- Proveer un mecanismo de alertas epidemiológicas con el fin de iniciar las medidas de prevención, control y mitigación que puedan ser implementadas para disminuir el impacto de la IRA en la prestación de servicios de salud y la comunidad.
- Identificar la circulación de agentes etiológicos implicados en la vigilancia centinela de ESI – IRAG.
- Determinar la carga de la infección respiratoria aguda en la prestación de servicios de salud en donde se efectúa vigilancia centinela de ESI – IRAG.
- Caracterizar la mortalidad por IRA notificada a través del sistema de vigilancia y control en salud pública, Sivigila.

2. ALCANCE

Este documento define la metodología para los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientaran las medidas de prevención y control de los casos de infección respiratoria aguda, está dirigido a las instituciones y personas responsables de la vigilancia del evento y a los encargados de tomar las decisiones de salud pública en el ámbito nacional, departamental, distrital 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. CONTENIDO

5.1. Importancia del evento

Las lecciones aprendidas en las recientes emergencias por infección respiratoria aguda en mundo, entre ellas la declaración de pandemia durante el año 2009 por un nuevo subtipo de influenza y los anteriores episodios de nuevos virus como SARS e influenza aviar H5N1, han generado la necesidad de reconocer la importancia de fortalecer la estructura y los procesos de vigilancia de la infección respiratoria aguda. Una de las recomendaciones internacionales es la de consolidar la vigilancia de la infección respiratoria aguda grave inusitada mencionada en el Reglamento Sanitario Internacional 2005 como una de las estrategias que garanticen una oportuna detección y prevención de este tipo de emergencias.

En Colombia aunque se ha realizado el seguimiento y la notificación de la infección respiratoria aguda se presentan limitaciones para detectar el incremento de la morbi-mortalidad causados por diferentes agentes etiológicos. Es por ello que se debe propender para que la recolección sistemática y el análisis de información del evento proporcionen las alertas de situaciones que ameriten medidas de prevención y control, la asignación eficiente de los recursos y la formulación estrategias para la reducción del impacto en la prestación de servicios de salud.

5.1.1. Descripción del evento

Enfermedad Similar a la Influenza (ESI)

La enfermedad similar a la influenza es una infección del sistema respiratorio de naturaleza viral, altamente contagiosa que puede presentarse de forma leve y de corta duración; o en forma clínicamente grave o complicada. Incluye fiebre de inicio súbito mayor de 38° C y tos y otros síntomas de tracto respiratorio superior como dolor de garganta, rinorrea y síntomas sistémicos como dolor de cabeza, dolores musculares y fatiga. Aunque generalmente la enfermedad se resuelve en pocos días, la tos y el malestar pueden persistir más de 2 semanas (14). El manejo de la ESI es ambulatorio.

La severidad clínica de la infección puede extenderse desde una infección asintomática a neumonía viral primaria y muerte. La gran mayoría de los casos de influenza corresponde a infección respiratoria alta, aguda y autolimitada. Entre las complicaciones frecuentes y de mayor riesgo se encuentran neumonía bacteriana secundaria, debido a que el virus de influenza altera el epitelio traqueobronquial con inflamación de la mucosa y pérdida de los cilios, condiciones que predisponen a una sobreinfección bacteriana, en especial por *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pyogenes* (15).

El compromiso mixto, viral y bacteriano, es la complicación pulmonar observada con mayor frecuencia durante los brotes. Los pacientes presentan una progresión gradual de los síntomas o una mejoría transitoria, seguida de un agravamiento y clínica de neumonía (15). También se observa exacerbación de condiciones crónicas de base y otitis media en niños y con menor frecuencia se presenta miositis, miocarditis, síndrome de choque tóxico y el síndrome de Reye (asociado generalmente al uso de aspirina y de otros medicamentos que contienen ácido acetilsalicílico).

La ESI tiene como principal agente etiológico al virus de influenza, sin embargo otros virus respiratorios pueden provocar un cuadro similar: adenovirus, virus sincitial respiratorio (VSR) y parainfluenza 1, 2 y 3. La enfermedad respiratoria causada por el virus de influenza es difícil de distinguir de la enfermedad causada por otros patógenos respiratorios con base solo en los síntomas, especialmente en niños cuando circula simultáneamente el virus sincitial respiratorio. Si la infección respiratoria es causada por VSR a los pocos días de la exposición y la transmisión del virus al epitelio nasal u ocular, se presenta congestión nasal, fiebre, que con frecuencia desaparece después de dos días, dolor de garganta y tos. Estos síntomas pueden persistir como una infección del tracto respiratorio superior por varias semanas y luego resolverse sin más incidentes, en particular en pacientes que han tenido una infección por VSR anterior. En los lactantes con infección con VSR entre el 30 al 50% puede desarrollar infección de las vías bajas dos a tres días después de la aparición de los signos y síntomas (16).

De igual forma si la infección respiratoria es causada por adenovirus es clínicamente indistinguible de la infección causada por el virus de influenza o VSR, ya que el adenovirus también puede compartir estacionalidad y cocirculación en la comunidad. En general, el cuadro respiratorio producido por adenovirus presenta fiebre, dolor de garganta, congestión nasal, rinitis, tos, dolor abdominal y diarrea en algunos casos con infección por serotipos entéricos como el 40 y 41. Casi un 30% de los pacientes presentan manifestaciones clínicas sistémicas como malestar general, escalofríos, mialgias y cefalea. Un porcentaje importante precisarán ingreso hospitalario, tanto por la gravedad del proceso infeccioso como por la escasa edad del paciente (17).

Aspectos etiológicos:

- **Virus de influenza:** pertenecen a la familia Orthomyxoviridae y se dividen en tres tipos: A, B y C; solamente los tipos A y B se considera que causan morbilidad significativa en humanos. Los virus de influenza tipo A se dividen en subtipos de acuerdo a las proteínas de superficie llamadas hemaglutinina (HA) y neuraminidasa (NA). Hasta la fecha, se han identificado 16 subtipos de HA y 9 subtipos de NA.
- **Adenovirus:** pertenecen a la familia Adenoviridae, son virus DNA de doble cadena, no encapsulados, existen 51 serotipos divididos en 6 tipos que causan infección en humanos; A, B, C, D, E, y F. Algunos serotipos son asociados a infección primaria del tracto respiratorio otros serotipos como el 31, 40 y 41 están relacionados principalmente con gastroenteritis.
- **Virus Sincitial Respiratorio (VSR):** Pertenecen a la familia Paramyxoviridae, es un virus RNA de cadena única, existen dos grupos antigénicamente importantes el A y B. Dentro de los grupos hay variabilidad antigénica adicional.
- **Parainfluenza:** Pertenecen a la familia Paramyxoviridae, es un virus RNA cubierto se han identificados 4 tipos antigénicamente diferentes; 1, 2, 3 y 4.

Modo de transmisión: Por secreciones respiratorias, fómites contaminados para los virus de influenza, adenovirus, virus sincitial respiratorio y parainfluenza 1, 2 y 3. Además también se ha documentado la transmisión de virus de influenza A de origen aviar a humanos por contacto estrecho con aves enfermas o muertas por influenza A.

Periodo de incubación:

- **Virus de influenza:** de 1 a 4 días con un promedio de 2 días.
- **Adenovirus:** de 2 a 14 días con un promedio de 5 días.
- **Virus sincitial respiratorio:** de 3 a 8 días en promedio 5 días.
- **Parainfluenza 1, 2 y 3:** de 2 a 6 días.

Periodo de transmisibilidad:

- **Virus de influenza:** varía entre 24 horas antes de los síntomas y 7 días después del inicio de los síntomas.

- **Adenovirus:** varía entre 24 horas antes de los síntomas y 14 días después del inicio de los síntomas.
- **Virus sincitial respiratorio:** desde el 1 día y hasta 10 días después del inicio de síntomas.
- **Parainfluenza 1, 2 y 3:** varía entre 24 horas antes de los síntomas y 7 días después del inicio de los síntomas.

Reservorio: En las infecciones humanas el principal reservorio es el hombre infectado para los virus de influenza, adenovirus, VSR y parainfluenza 1, 2 y 3. En el caso del virus de influenza las aves acuáticas son el reservorio natural de todos los subtipos de influenza A y además puede infectar un número de especies animales incluyendo, cerdos, caballos, ballenas y otros mamíferos.

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

Para efectos de realizar la vigilancia centinela de la infección respiratoria aguda grave se define en este protocolo a la IRAG como aquella infección respiratoria que puede tener origen viral y/o bacteriano y que para su manejo requiere tratamiento intrahospitalario. En caso de no ser manejado de forma adecuada y oportuna con frecuencia puede conducir a la muerte.

Entre los principales agentes etiológicos que pueden causar IRAG se encuentran el VSR, Parainfluenza, Influenza, Adenovirus, *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Mycoplasma spp*, *Chlamydia spp* y *Staphylococcus spp* entre otros. Las bacterias juegan un papel importante cuando existen factores de riesgo del huésped como desnutrición, carencia multivitamínica, colonización temprana de gérmenes en la orofaringe y hacinamiento, entre otros.

El cuadro clínico incluye instauración inferior a 14 días con: fiebre mayor de 38°C, dificultad respiratoria, tos, hipoxia, compromiso sistémico (letargia, convulsiones, falla ventilatoria); dependiendo de la severidad del cuadro.

Aspectos etiológicos:

Virales: El VSR es uno de los más frecuentes agentes causales, le siguen en importancia adenovirus, influenza y parainfluenza, los cuales pueden predominar en períodos epidémicos.

Bacterianos: *Streptococcus pneumoniae*, los serotipos 14, 6B, 23F, 1, 5, 6A, 19F, 18B y 9V son los más frecuentes en el país. *Haemophilus Influenzae del grupo b*, principalmente en niños de 4 meses a 2 años y *Staphylococcus spp*. Los bacilos Gram negativos (*Klebsiella*

spp. *Escherichia coli*, etc.), *Mycoplasma pneumoniae* y la *Chlamydia pneumoniae*, son los siguientes en frecuencia.

Modo de transmisión: Por las góticas de secreciones de las mucosas respiratorias, por contacto directo de persona a persona o fómites contaminados.

Periodo de incubación: *Streptococcus pneumoniae* de 1 a 3 días, *Haemophilus influenzae* del grupo b es muy variable, *Staphylococcus aureus* de 1 a 10 días.

Periodo de transmisibilidad: Depende del agente etiológico y persiste durante todo el tiempo que esté presente dicho microorganismo, iniciándose en algunas ocasiones un día antes de las manifestaciones clínicas. En algunos tipos de infección el individuo deja de ser transmisible después de 24 a 48 horas de iniciado el tratamiento adecuado y en algunos otros hasta por más de 5 días.

Streptococcus pneumoniae: hasta 24 horas después del inicio del tratamiento

Haemophilus influenzae del grupo b: 24 horas después del inicio del tratamiento

Staphylococcus aureus: 24 horas después del inicio del tratamiento

Infección Respiratoria Aguda Grave inusitada o imprevista.

Corresponde a aquellos casos con manifestaciones inusuales y atípicas de IRAG de mayor gravedad y los casos de mortalidad que presenten un cuadro de infección respiratoria aguda febril, de causa desconocida. Los términos inusitado o imprevisto son utilizados en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), para destacar aquellos eventos que merecen particular atención en la vigilancia ya que deben ser evaluados para determinar si constituyen o no un evento de importancia internacional ya que son eventos que ameritan investigación (18). A fin de reforzar el significado de los términos inusitado e imprevisto se incluyen algunos ejemplos y situaciones:

Un caso inusitado es aquel diferente, atípico, inusual, no habitual y siempre debe considerarse como una señal de alerta para proceder a realizar la notificación del mismo. La recolección de muestra para el diagnóstico temprano y emprender medidas inmediatas de control de infección.

Otra situación inusitada es la aparición de casos de IRAG en un momento del año no esperado o fuera de los periodos que se conocen como de mayor ocurrencia (19).

De acuerdo al RSI-2005 es inusitado:

- Un evento causado por un agente desconocido, o bien la fuente, el vehículo o la vía de transmisión son inusitados o desconocidos
- La evolución del caso es más grave de lo previsto o presenta síntomas o signos no habituales
- La manifestación del evento mismo resulta inusual para la zona, la estación o la población.

De acuerdo al RSI-2005 es imprevisto:

Un evento imprevisto o inesperado es causado por una enfermedad o un agente ya eliminado o erradicado o no notificado anteriormente, como sería el caso de la influenza aviar en humanos (20).

5.1.2. Caracterización epidemiológica

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) siguen siendo la principal causa de enfermedades agudas en todo el mundo y se considerada la causa más importante de mortalidad infantil. La IRA representa cerca de 2 millones de muertes cada año y de ellas el 70% sucede en África y el sudeste de Asiático (1). Se conoce que la IRA ocupa el primer lugar entre las causas de Años de Vida Ajustado por Discapacidad (DALYs) en los países en desarrollo (2).

La población con mayor riesgo de morir por IRA son los niños, las personas de tercera edad y los inmunocomprometidos. Las infecciones respiratorias superiores son muy frecuentes pero rara vez pone en peligro la vida mientras las infecciones respiratorias bajas son responsables de cuadros más graves de influenza, neumonía y bronquiolitis que contribuyen de forma importante a la mortalidad IRA (2).

En los países en desarrollo, se estima que en los niños menores de dos años, el 2 al 3% de ellos tuvo neumonía lo suficientemente severa y requirió hospitalización (3) y las tasas de mortalidad por IRA calculadas en estos países oscilan entre 60 a 100 casos por 1.000 niños menores de cinco años (4).

Los principales agentes etiológicos de la IRA incluyen virus respiratorios y agentes bacterianos. El rol de los virus ha sido examinado en los últimos años, se destaca entre ellos la carga por influenza que provoca anualmente entre 3 a 5 millones de casos de la enfermedad grave y 250,000 a 500,000 defunciones en todo el mundo. Las proporciones más altas de infección por el virus de influenza se encuentran en niños de edad escolar y la población de tercera edad. En países desarrollados la proporción de letalidad atribuida a influenza es de 3,8 muertes por cien mil niños (5). Aunque es importante la morbilidad y

mortalidad que puede resultar de la infección por influenza en cualquier persona, el riesgo de complicaciones aumenta en las mujeres embarazadas, individuos con enfermedades crónicas cardiopulmonares, inmunosuprimidos o con enfermedades hematológicas. La infección por virus de influenza también es asociada en niños con el desarrollo de neumonía severa secundaria por *S. pneumoniae*.

En la región de las América, los datos desde 2004 indican que las tasas de incidencia de la enfermedad similar a la influenza varían de 862 casos por 100,000 habitantes en Chile a 2,833 casos por 100,000 en Paraguay. Extrapolando estas cifras a la población de América Latina y el Caribe, cabría esperar un total de 4,7 millones a 15 millones de casos de enfermedad similar a la influenza en un solo año (5).

En los países que presentan estaciones, la circulación del virus de influenza se caracteriza por presentar picos de ocurrencia en los meses de invierno (2 a 3 meses) una vez cada año. En contraste, la estacionalidad es menos definida en las regiones tropicales donde existen antecedentes de circulación de influenza durante todo el año. Se ha documentado que en algunos países de Sur América existe un pico de circulación en el periodo que se considera inter- epidémicos para los países del hemisferio norte y sur coincidiendo con la temporada de lluvias de los países tropicales (6). No obstante también se presentan brotes de influenza fuera del periodo de lluvias sin establecer claramente que factores predominan en la transmisión.

La influenza es considerada actualmente una enfermedad emergente y su importancia se debe a su alta transmisibilidad y rápida capacidad de propagación, el elevado potencial epidémico y pandémico y la gravedad de sus complicaciones (7). La ecología de la enfermedad y el comportamiento del virus de influenza han dado lugar a numerosas oportunidades para la aparición de virus pandémico, sea por un fenómeno de redistribución génica, en el que se produce un intercambio de material entre virus humanos y aviares durante la confección de un ser humano o un cerdo, o mediante un proceso más gradual de mutación adaptativa (8).

Se deben presentar ciertas condiciones para la existencia de un virus de influenza A pandémico, entre ellas: cambio antigénico mayor con la aparición de un virus de influenza A con un subtipo diferente, población susceptible con baja inmunidad para el nuevo subtipo y alto potencial de transmisión persona a persona durante un período suficientemente largo (9).

En Colombia se sabe que el virus de influenza muestra picos de circulación que ocurren predominantemente entre los meses de septiembre y noviembre. En 9 de los 10 años de vigilancia la mayor proporción de aislamientos de influenza A fueron detectados en esos meses. Aunque el virus de influenza A fue detectado en el primer semestre en 5 de los 10 años vigilados (1999, 2000, 2004, 2005 y 2006), solo en el año 2000 este periodo fue predominante comparado con el segundo semestre (10).

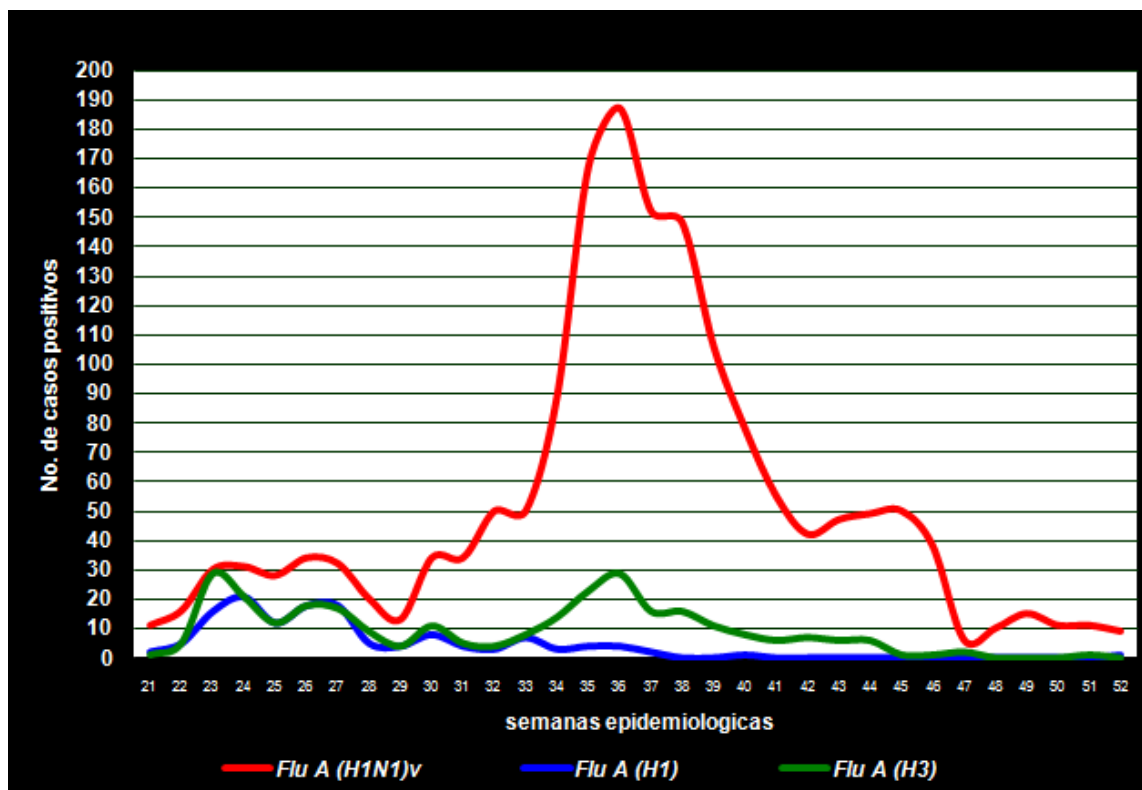
La aparición del virus pandémico A/H1N1/09 a principios de abril de 2009 en México y EE.UU logró propagarse rápidamente en todo el mundo. El número de países que reportaron casos confirmados fue de 214 hasta el mes mayo de 2010 (11). La mayoría de los países del hemisferio sur reportaron en mayor proporción aislamientos de virus pandémico que influenza A estacional. La tasa de ataque secundaria estimada para virus pandémico en el hogar fue de 27,3% y en los brotes que involucran población escolar, un escolar en promedio logra transmitir la infección a 2,4 (rango de 1.8 a 3.2) niños. El número reproductivo básico (R_0) varió desde 1,3 hasta 1,7 (12), siendo consistente con la diseminación pandémica que causa más enfermedad a la población mundial a lo largo del primer año. El número real del virus pandémico permanece desconocida ya que la mayoría de los casos son diagnosticados clínicamente y no por el laboratorio y en la mayoría de los países el diagnóstico virológico se limitó a los casos que ameritaron hospitalización.

Para Colombia en el transcurso de la circulación de virus pandémico A/H1N1/09 se empezaron a confirmar casos desde el mes de mayo de 2009, con periodo de mayor circulación en los meses de septiembre a noviembre y una disminución progresiva de casos en los primeros 4 meses del año 2010, circulación coincidente con lo detectado en la vigilancia centinela de ESI – IRAG figura 1.

Otros agentes virales de enfermedad respiratoria grave en niños es el virus sincitial respiratorio (VSR), especialmente en los niños menores de dos años y personas de tercera edad, en ambos pueden causar enfermedad grave principalmente en pacientes con enfermedad crónica respiratoria o cardíaca. Aunque la carga de enfermedad debida a estos agentes patógenos no se ha determinado con precisión en los países en desarrollo, la extrapolación de las cifras conocidas en los países industrializados conduce a las estimaciones de 64 millones de casos y 160.000 muertes por año en todo el mundo (11). Para Colombia y de acuerdo a los datos de la vigilancia centinela de ESI – IRAG reportados en el Sivigila, VSR es el principal agente identificado con porcentajes de positividad que varían entre el 30 al 50% y con un pico de circulación en los meses de marzo, abril y mayo.

Entre los agentes bacterianos el *S. pneumoniae* (neumococo) se identifica cerca del 30% de los casos de neumonía bacteriana en los países en desarrollo, seguido por Hib con el 10 a 30% de los casos, le siguen *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella pneumoniae*. *H. influenzae* no tipificable también han sido implicados. Otros organismos, tales como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia spp*, *Pseudomonas spp* y *Escherichia coli* también puede causar neumonía.

Figura 1. Circulación virus de Influenza A, Colombia 2009.



Fuente: Grupo de Virología. Subdirección Red Nacional de Laboratorios. Instituto Nacional de Salud.

El *S pneumoniae* es uno de los patógenos bacterianos más importantes de la infancia, prácticamente todos los niños en el mundo son colonizados por una o más cepas de neumococo y algunos niños se convierten en portadores nasofaríngeo durante sus primeros años de su vida. Muchos niños llegan a desarrollar otitis media y algunos desarrollan enfermedad neumocócica invasiva, incluida la neumonía bacteriemia y/o meningitis. La introducción de la vacuna neumocócica conjugada en la inmunización infantil de rutina debe tener un gran impacto sobre la neumonía en niños menores de cinco años de edad en todo el mundo (13).

La vigilancia de la infección respiratoria aguda que se desarrolla en el presente documento consta de cuatro estrategias que son: vigilancia centinela de ESI – IRAG, vigilancia intensificada de IRAG inusitada, vigilancia de la morbilidad por IRA en UPGD centinela y vigilancia de la mortalidad por IRA.

5.2. Estrategia

La vigilancia de infección respiratoria aguda emplea la estrategia de vigilancia centinela para la notificación de enfermedad similar a influenza e infección respiratoria aguda grave.

La vigilancia de ESI - IRAG se realizará a través de UPGDs centinela que son seleccionadas por la Dirección Departamental o Distrital de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud. Las UPGD centinelas se seleccionaran según los siguientes criterios; atiendan a población de todos los grupos de edad; institucional públicas o privadas, compromiso institucional y capacidad logística, capacidad de sistematizar información de forma oportuna (RIPS) y contar con un denominador de población atendida. En el caso de la vigilancia de IRAG además de los criterios empleados en la vigilancia de ESI, UPGD que cuente con servicio de hospitalización y laboratorio clínico con capacidad diagnóstica para agentes de origen bacteriano.

La vigilancia intensificada de IRAG inusitado se realizará en todas la UPGD del sistema de vigilancia y control en salud pública.

La vigilancia de la morbilidad por IRA se efectuara considerando la clasificación internacional de enfermedades décima revisión (CIE 10) en todas las UPGD del sistema de vigilancia y control en salud pública.

La vigilancia de la mortalidad por IRA se realizará en todas las UPGD del sistema de vigilancia y control en salud pública y en todos los grupos de edad.

5.3. Información y configuración del caso Enfermedad Similar a Influenza – Infección respiratoria Aguda Grave.

5.3.1. Definición operativa de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso sospechoso de ESI	Persona que presenta signos y síntomas de infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas leves con fiebre > a 38°C y tos y otros síntomas de tracto respiratorio superior de no más de siete días de evolución.
Caso probable de IRAG	Persona con enfermedad respiratoria aguda que requiere hospitalización y que presenta fiebre > a 38°C, tos y dificultad respiratoria.
Caso confirmado de ESI– IRAG por el laboratorio	<p>Todo caso sospechoso que reúna las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de antígeno viral de influenza u otro virus respiratorio (VSR, adenovirus, parainfluenza 1,2 y 3) por técnica de inmunofluorescencia en muestras respiratorias. • Detección por Inmunohistoquímica de antígenos virales de influenza u otro virus respiratorio (VSR, adenovirus, parainfluenza) de tejido de pulmones, bronquios y/o tráquea en caso de una investigación de brote que cause mortalidad. • Identificación de virus de influenza por prueba de RT-PCR (PCR en tiempo real) o secuenciación genética en muestras respiratorias o de tejido de glotis, pulmones, bronquios y/o tráquea. • Todo caso de IRAG en el cual se aísla <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i> u otra bacteria en la sangre y/o líquido pleural y/o bronco-alveolar.
Caso confirmado de ESI – IRAG por nexo epidemiológico	En situación de brote, epidemia o pandemia, individuos que se encuentran asociados en tiempo, lugar y persona a un caso confirmado por laboratorio de influenza u otro patógeno respiratorio.
Caso confirmado de IRAG por clínica	Todo caso que cumplió con la definición de caso probable de IRAG y cuyo diagnóstico y manejo clínico correspondió a un cuadro de infección respiratoria aguda en el cual no fue posible identificar agente etiológico.
Caso descartado de ESI - IRAG	Todo caso de ESI - IRAG con resultados negativos para virus de Influenza A y B, VSR, adenovirus y parainfluenza 1,2 y 3 o aislamientos de <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> u otra bacteria o en cual existen diagnósticos diferenciales entre ellos rinitis alérgica o enfermedades como tosferina, sarampión, poliomielitis, fiebre tifoidea y otras que pueden presentar síntomas de infección respiratoria en su inicio.

5.3.2 Información y configuración del caso Infección respiratoria Aguda Grave Inusitado

5.3.2.1. DEFINICIÓN DE CASO DE IRAG INUSITADO (IRAG) INUSITADA: Todo caso de IRAG que reúna las siguientes condiciones:

- Trabajador de salud u otra exposición laboral que desarrollan IRAG no explicada después de contacto estrecho con personas (vivas o muertas) con IRAG de origen incierto.
- Individuo previamente sano en el rango de 5 a 65 años.
- Antecedente de viaje a áreas de circulación de virus de influenza aviar con capacidad demostrada de infecta a humanos.
- Percibido por el profesional de salud como un caso inusitado o inusual.
- Muerte por infección respiratoria aguda de causa desconocida.

5.3.2.2. DEFINICIÓN DE MORBILIDAD POR IRA: toda infección que compromete las vías respiratorias altas y bajas y presenta una duración menor de 14 días. Se empleara la siguiente categorización del CIE 10.

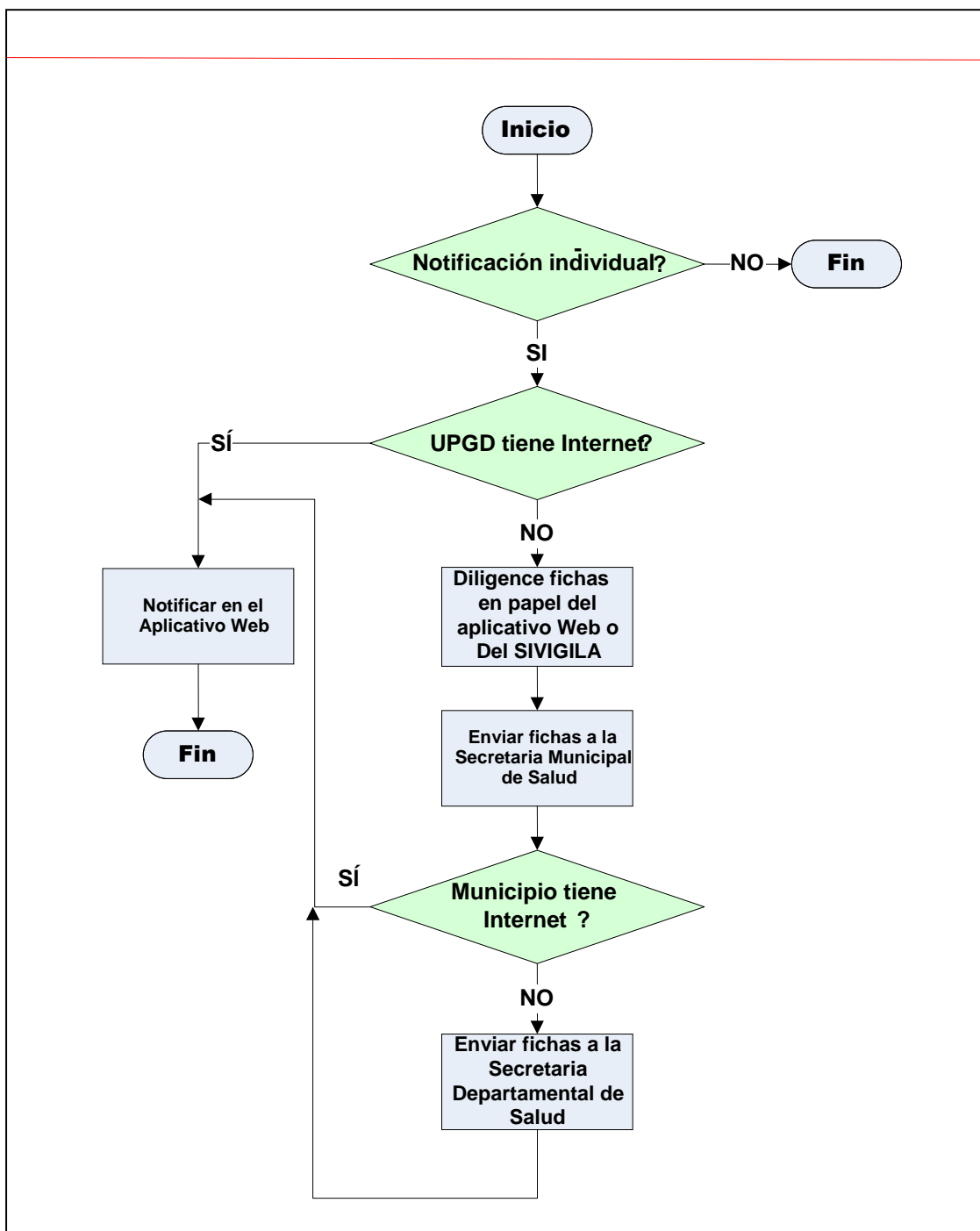
- Infecciones aguda de las vías respiratorias superiores: J00 - J06.
- Influenza y neumonía: J09 – J18
- Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores: J20 - J22

5.3.2.2. DEFINICIÓN DE MORTALIDAD POR IRA: Persona que haya presentado infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico inferior 14 días de evolución y caracterizada por comienzo súbito de fiebre, malestar general, dolor de garganta, tos, secreción nasal, dificultad respiratoria en diferente grado que evoluciona rápidamente hasta producir tiraje subcostal y dificultad respiratoria grave y muerte.

5.4. Proceso de vigilancia

5.4.1. Flujo de la información

Procedimiento de notificación



5.4.2. Notificación

Los casos de la vigilancia centinela de ESI – IRAG, IRAG inusitado, mortalidad por IRA y morbilidad por IRA deberán notificarse empleando la herramienta web para Infección Respiratoria Aguda.

La notificación individual de casos de ESI-IRAG debe hacerse de forma inmediata utilizando el aplicativo en Internet desarrollado por el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud en alianza estratégica con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. La dirección de la página web para ingresar al aplicativo es <http://app.saludcapital.gov.co/sirc2>

Para poder utilizar el aplicativo web las IPS, EPS y las Direcciones Territoriales de Salud deben solicitar y obtener del INS o de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, la respectiva cuenta y clave de usuario. Para ello deben enviar la solicitud al correo electrónico pandemiains@gmail.com. La solicitud debe contener los siguientes datos completos para ser atendida oportunamente:

1. Nombre de la Institución.
2. Nombre completo del usuario y con los siguientes datos:(Cédula, teléfono, celular).
3. Correo electrónico del usuario
4. Tipo de usuario, indicar si es IPS, EPS, Municipio o Departamento
5. Código de habilitación, si se trata de una IPS (código de 12 dígitos). Cada sede o sucursal debe solicitar acceso al aplicativo.
6. Cargo (Rol dentro del sistema), indicar si se trata de:
 - Administrador del sistema, encargado de crear usuarios y claves a municipios e IPS. Rol válido sólo para Departamentos y Municipios.
 - Epidemiólogo o responsable de la vigilancia en salud pública.
 - Digitador del SIVIGILA o de A H1N1
 - Funcionario del Laboratorio
 - Responsable de la información de camas de hospitalización
 - Responsable del Inventario de Medicamentos
 - Responsable de reportar las reacciones adversas a medicamentos (RAM)
 - Responsable de la notificación colectiva, sólo en IPS centinelas
 - Responsable de reportar las incapacidades de los trabajadores de la salud en la IPS
 - Usuario Invitado, para acceder sólo a las consultas del sistema

El aplicativo Web además de permitir a las UPGD realizar la notificación individual de casos pueden efectuar las siguientes funciones:

1. Registrar los resultados del laboratorio o informar del envío de la muestra al respectivo Laboratorio Departamental de Salud Pública o al Laboratorio Nacional de Referencia del INS.
2. Realizar la notificación colectiva semanal de casos de IRA según con fuente RIPS para consulta, hospitalización y urgencias.
3. Informar sobre la oferta y disponibilidad de camas de la IPS.
4. Controlar las entradas y salidas de medicamentos.
5. Notificar los casos de reacciones adversas al Oseltamivir o a cualquier medicamento suministrado al paciente durante el tratamiento.
6. Informar sobre las incapacidades de sus trabajadores por causas relacionadas con sospecha o confirmación por virus pandémico A H1N1/09.

Procedimiento para la notificación de casos de ESI-IRAG

El flujograma que se muestra en la figura que aparece a continuación visualiza el procedimiento para realizar la notificación de los casos de la vigilancia centinela de ESI – IRAG y aquellos pacientes en los cuales se realizara diagnóstico por el laboratorio.

La IPS debe diligenciar las fichas del aplicativo Web que se pueden descargar de la página Web <http://app.saludcapital.gov.co/sirc2> o puede utilizar las fichas epidemiológicas del SIVIGILA distribuidas por el INS: Datos Básicos (Cara A) y Datos Complementarios (Cara B) para los eventos ESI-IRAG). Toda mortalidad por IRA debe notificarse de igual manera de forma individual.

Como se muestra en el flujograma, las IPS que no dispongan de acceso a Internet deben enviar las fichas de notificación de los casos en los cuales se realiza diagnóstico por el laboratorio a las respectivas Direcciones Municipales o Departamentales de Salud para su digitación en el aplicativo Web ESI – IRAG.

La notificación colectiva de morbilidad por IRA para las UPGD de toda la nación se realiza en formato especial utilizando el aplicativo en Internet.

La utilización exclusiva del módulo Web para IRA, exige el manejo y envío de las fichas en papel a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) Siempre y cuando las UPGDs de la red no tengan los medios para registrar directamente en la Web.

Se pretende que la herramienta web además de la notificación del caso al sistema de vigilancia realice el seguimiento de la hospitalización por IRA y el monitorio del impacto de la prestación de servicios de salud por este evento.

Ajustes de información

La información relacionada con el resultado de las pruebas de laboratorio para la confirmación de casos de la vigilancia centinela de ESI – IRAG, IRAG inusitado debe ser ajustada al sistema hasta 7 días después de ingreso del caso. Los encargados de realizar el ajuste de los datos de las pruebas de laboratorio son aquellos laboratorios que realizaron el procesamiento y prueba diagnóstica.

Responsabilidades de las UPGD que realizan la vigilancia de infección respiratoria aguda

Las UPGD caracterizadas de conformidad con las normas vigentes del sistema de vigilancia y control en salud pública SIVIGILA, son las responsables de captar, notificar y ajustar la información de casos con periodicidad semanal o inmediata, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en el protocolo. Son responsabilidades primarias de estas unidades:

- Difundir y aplicar los protocolos nacionales de vigilancia en salud pública.
- Identificar y clasificar el caso confirmado de acuerdo con los criterios establecidos en el protocolo.
- Recolectar las variables en relación con el caso.
- Transferir los datos básicos en los plazos y formatos definidos y en ausencia de eventos, realizar la notificación negativa en los mismos plazos y formatos.
- Analizar la información clínica y epidemiológica obtenida en su interacción con el paciente, en función de orientar la intervención sobre el individuo tanto desde la perspectiva terapéutica como en lo referido a la prevención primaria.
- Participar en la adaptación de las propuestas de control y prevención planteadas para los eventos que así lo requieran, de acuerdo con las posibilidades institucionales de intervención.
- Diseñar los mecanismos de información de la población usuaria sobre la situación de los eventos y las estrategias de control y prevención de su competencia.
- Informar a la población usuaria sobre la situación de los eventos y las medidas individuales de control y prevención, en los casos en que sea necesario.
- Dentro de este proceso, la comunidad, de acuerdo con sus posibilidades, podrá informar al municipio/ localidad o a las unidades primarias generadoras de datos, la ocurrencia de casos sospechosos de alguno de los eventos incluidos.

Las unidades notificadoras municipales analizará la información para el desarrollo de las acciones respectivas, remitirá con periodicidad semanal o inmediata, en los formatos y estructura establecidos, la información de sus unidades primarias generadoras de datos a la unidad notificadora departamental o distrital correspondiente, para que éstas a su vez adelanten el análisis respectivo y desarrollen las acciones complementarias requeridas teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- La notificación de la ocurrencia de casos de todos los eventos incluidos, deberá contener la información mínima requerida, de acuerdo con el instrumento en plataforma web diseñado para tal fin, conservando su denominación y estructura.
- Los casos de IRAG inusitado exigen notificación con periodicidad inmediata, ya que es pertinente activar de forma precoz la intervención complementaria de la nación.

5.5. Análisis de los datos

Se conoce que la circulación de virus respiratorios como influenza y VSR en situaciones pico es asociada a la alta utilización de los servicios de salud siendo indispensable que el análisis de la información notificación del evento pueda ser útil para validar la alerta del inicio del pico de circulación y potenciar la detección, diagnóstico y manejo de casos que permita la activación de las medidas de prevención y control en especial para la población de alto riesgo. Se propone que el análisis de datos se implemente un sistema de alerta temprana empleando la metodología de de series de tiempo o CUSUM en la cual el umbral o pico de circulación se calcula a través de las diferencias mínimas estandarizadas que exceden de la línea de base empleado un determinado número de semanas.

5.5.1. Indicadores

Indicadores de la vigilancia centinela de ESI – IRAG

Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento en la notificación por UPGD por periodo epidemiológico.
Tipo de Indicador	Proceso
Definición	Refleja el desempeño de la captación de casos de ESI – IRAG de las UPGD de la red centinela.
Propósito	Mide la efectividad del proceso operativo de captación de casos de ESI - IRAG de las UPGD de la red centinela
Definición operacional	Numerador: número de casos de ESI – IRAG notificados en el periodo epidemiológico. Denominador Número de casos esperados en la notificación para ese mismo periodo epidemiológico
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación
Interpretación del resultado	El % de los caso notificados al sistema por UPGD centinelas
Nivel	Departamental y Nacional
Periodicidad	Periodo epidemiológico

Meta	100% de cumplimiento
Aclaraciones	Parámetros: Rango 1. UPGD con cumplimiento ideal > al 90% Rango 2. UPGD cumplimiento bueno entre 70 al 89% Rango 3. UPGD con cumplimiento insuficiente <70%

Nombre del indicador	Porcentaje de casos notificados con muestra respiratoria adecuada (medida en el tiempo \leq a 7 días después del inicio de síntomas).
Tipo de Indicador	Proceso
Definición	Refleja la oportunidad de la recolección de la muestra en los casos de ESI - IRAG
Propósito	Mide la efectividad del proceso operativo de recolección de muestras respiratorias de casos de ESI - IRAG de las UPGD de la red centinela
Definición operacional	Numerador: número de casos de ESI – IRAG con muestra respiratoria recolectada en un tiempo \leq a 7 días después del inicio de síntomas. Denominador: Total de casos de ESI – IRAG con muestras respiratorias recolectadas
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación
Interpretación del resultado	El % de los casos notificados al sistema con muestra respiratoria adecuada
Nivel	Local y nacional
Periodicidad	Periodo epidemiológico
Meta	100% de cumplimiento
Aclaraciones	Parámetros: Rango 1 Ideal > 95% Rango 2. Bueno entre 90 al 95% Rango 3. Insuficiente < 90%

Nombre del indicador	Porcentaje de muestras que llegan en menos de 48 horas al laboratorio que procesa la muestra
Tipo de Indicador	Proceso
Definición	Refleja la oportunidad en el envío de muestras
Propósito	Mide la efectividad del proceso operativo de la remisión de muestras respiratorias de casos de ESI - IRAG de las UPGD de la red centinela

Definición operacional		Numerador: número de casos de ESI – IRAG con muestra respiratoria enviadas al Laboratorio en un tiempo \leq a 48 horas Denominador: Total de casos de ESI – IRAG con muestras respiratoria recolectadas
Coeficiente de multiplicación	de	100
Fuente de información	de	Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación
Interpretación del resultado	del	El % de los casos notificados al sistema con muestra respiratoria remitida al laboratorio de forma oportuna
Nivel		Local y nacional
Periodicidad		Periodo epidemiológico
Meta		100% de cumplimiento
Aclaraciones		Parámetros: Rango 1 Ideal > 95% Rango 2. Bueno entre 90 al 95% Rango 3. Insuficiente < 90%

Nombre del indicador	Porcentaje de casos confirmados por el laboratorio de ESI - IRAG por período epidemiológico
Tipo de Indicador	Resultado
Definición	Refleja la circulación de agentes respiratorios detectados por la red centinela.
Propósito	Mide la efectividad de la red centinela en la detección de la circulación de agentes respiratorios.
Definición operacional	Numerador: número de casos con resultados del laboratorio positivos para los agentes respiratorios vigilados Denominador: Total de casos de ESI – IRAG notificados
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación
Interpretación del resultado	El % de los casos notificados al sistema con resultados de laboratorio positivos
Nivel	Local y nacional
Periodicidad	Periodo epidemiológico
Meta	100% de cumplimiento

Nombre del indicador	Porcentaje de positividad del virus de influenza por período epidemiológico
Tipo de Indicador	Resultado
Definición	Refleja la circulación de virus de influenza detectados por la red centinela
Propósito	Mide la efectividad de la red centinela en la detección de la circulación de virus de influenza.
Definición operacional	Numerador: número de casos de ESI – IRAG con resultado positivo para virus de influenza Denominador: Total de casos de ESI – IRAG notificados
Coeficiente de multiplicación	de 100
Fuente de información	Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación
Interpretación del resultado	El % de los casos notificados al sistema con resultados de laboratorio positivos para el virus de influenza
Nivel	Local y nacional
Periodicidad	Periodo epidemiológico
Meta	100% de cumplimiento

Nombre del indicador	Porcentaje de muestras que llegan en menos de 48 horas al laboratorio que procesa la muestra
Tipo de Indicador	Proceso
Definición	Refleja la oportunidad en el envío de muestras
Propósito	Mide la efectividad del proceso operativo de la remisión de muestras respiratorias de casos de ESI - IRAG de las UPGD de la red centinela
Definición operacional	Numerador: número de casos de ESI – IRAG con muestras respiratorias enviadas al Laboratorio en un tiempo \leq a 48 horas Denominador: Total de casos de ESI – IRAG notificados
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación
Interpretación del resultado	El % de los casos notificados al sistema con muestra respiratoria remitida al laboratorio de forma oportuna
Nivel	Local y nacional
Periodicidad	Periodo epidemiológico
Meta	100% de cumplimiento

Aclaraciones	<p>Parámetros:</p> <p>Rango 1 Ideal > 95%</p> <p>Rango 2. Bueno entre 90 al 95%</p> <p>Rango 3. Insuficiente < 90%</p>
---------------------	--

Nombre del indicador	Porcentaje de resultados de laboratorio emitidos en tiempo ≤ a 7 días.
Tipo de Indicador	Proceso
Definición	Refleja la oportunidad de la retroalimentación de los resultados del laboratorio en los diferentes niveles de la red de vigilancia centinela.
Propósito	Mide la efectividad de la retroalimentación de los resultados del laboratorio
Definición operacional	Numerador: número de resultados de laboratorio emitidos en un tiempo ≤ a 7 días Denominador: Total de casos de ESI – IRAG notificados
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación
Interpretación del resultado	El % de los casos notificados al sistema con muestra respiratoria remitida al laboratorio de forma oportuna
Nivel	Local y nacional
Periodicidad	Periodo epidemiológico
Meta	100% de cumplimiento
Aclaraciones	<p>Parámetros:</p> <p>Rango 1 Ideal > 95%</p> <p>Rango 2. Bueno entre 90 al 95%</p> <p>Rango 3. Insuficiente < 90%</p>

Indicadores de la carga de la prestación de servicios de salud

Nombre del indicador	Porcentaje de casos de ESI entre el total de consultas atendidas de la red de vigilancia centinela
Tipo de Indicador	Resultados
Definición	Refleja la demanda de atención por ESI
Propósito	Mide el peso de los cuadro de ESI en la atención y manejo ambulatorio de las UPGD centinelas
Definición operacional	Numerador: número de casos de ESI notificados Denominador: Número de consultas totales atendidas en la UPGD centinela

Coeficiente de multiplicación	de	100
Fuente de información		Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación RIPS
Interpretación del resultado	del	El % de los casos de ESI que son atendidos y manejados en la red de vigilancia centinela
Nivel		Local y nacional
Periodicidad		Semana epidemiológica

Nombre del indicador		Porcentaje de casos de IRAG entre el total de hospitalizaciones atendidas en la UPGD centinela
Tipo de Indicador		Resultados
Definición		Refleja la demanda de atención por IRAG
Propósito		Mide el peso de los cuadro de IRAG en la atención y manejo hospitalario de las UPGD centinelas
Definición operacional		Numerador: número de casos de IRAG notificados Denominador: Número de consultas totales atendidas en la UPGD centinela
Coeficiente de multiplicación	de	100
Fuente de información		Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación RIPS
Interpretación del resultado	del	El % de los casos de IRAG que son atendidos y manejados en los servicios de hospitalización de la red de vigilancia centinela
Nivel		Local y nacional
Periodicidad		Semana epidemiológica

Nombre del indicador		Porcentaje de casos de IRA de vías superiores, influenza y vías respiratorias inferiores entre el total de consultas atendidas en la UPGD centinela
Tipo de Indicador		Resultados
Definición		Refleja la demanda de atención por IRA
Propósito		Mide el peso de los cuadro de IRA en la atención y manejo de las UPGD centinelas
Definición operacional		Numerador: número de casos de IRA notificados Denominador: Número de consultas totales atendidas en la UPGD centinela

Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación colectiva RIPS
Interpretación del resultado	El % de los casos de IRA que son atendidos y manejado en la red de vigilancia centinela
Nivel	Local y nacional
Periodicidad	Semana epidemiológica

Nombre del indicador	Porcentaje de defunciones por IRA entre el total de defunciones que se presenta en la red centinela
Tipo de Indicador	Resultados
Definición	Refleja la severidad de los cuadros de IRA
Propósito	Mide el peso de las defunciones por IRA
Definición operacional	Numerador: número de defunciones por IRA Denominador: Número de defunciones presentadas en la red de vigilancia centinela
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sistema web para la vigilancia de IRA Ficha de Notificación colectiva Certificados de defunción
Interpretación del resultado	El % defunciones por IRA notificada
Nivel	Local y nacional
Periodicidad	Semana epidemiológica

5.6. Orientación de la acción

5.6.1. Acciones Individuales

Entre las acciones individuales de la vigilancia de ira están:

- Notificación de las diferentes estrategias de la vigilancia de IRA
- Manejo de casos de IRA: definir el manejo según guía de manejo clínico nacional.

Recomendaciones para individuos con IRA:

- Cubrirse la boca al toser o estornudar
- Usar toallitas de papel para contener las secreciones respiratorias y botarlas a la basura después de su uso

- Efectuar la higiene de las manos con agua y jabón después de estar en contacto con secreciones respiratorias y objetos o materiales contaminados
- Emplear mascarilla o tapaboca en los periodos de incremento de los casos de ESI – IRAG

El control de la infección en los casos de IRAG implica dos niveles de acercamiento:

- a) Precaución estándar que se aplica a todos los pacientes
- b) Precauciones adicionales que deben incluir :
 - Precauciones con las góticas transmisoras de la infección
 - Precauciones de contacto con casos enfermos
 - Precauciones con aerosoles

La combinación y adherencia a estas precauciones dará un apropiado control de la infección y permitirá detener la cadena de transmisión.

Cuadro 1. Precauciones estándares para el control de IRAG- ESI, IRAG inusitada.

Precaución estándares aplicable a todos los pacientes	
1	Higiene de manos
A	Lavado de manos después de contacto con sangre, fluidos corporales y objetos contaminados con o sin uso de guantes. Lavado de manos inmediatamente después del contacto de pacientes y cuando esté indicado para evitar transferir microorganismos de un paciente a otro o a otros ambientes.
B	Empleo de jabón o antimicrobiano para el lavado rutinario de manos.
C	Utilización de antimicrobianos o antiséptico sin agua para las circunstancias específicas (control de brotes).
D	Lavado de manos después quitarse máscara quirúrgica o equipos de protección personal
2	Guantes
a	Uso de guantes limpios al contacto con sangre, fluidos corporales y objetos contaminados.
b	Uso de guantes limpios momentos antes de tocar membranas mucosas y piel no intacta.
c	Cambio de guantes entre diferentes procedimientos en el mismo paciente después de contacto con material que puede contener una alta concentración de microorganismos.
d	Descartar guantes usados antes de tocar objetos no contaminados o superficies ambientales y antes de asistir a otro paciente, para evitar la transferencia de microorganismos a otros pacientes o ambientes.
3	Máscara quirúrgica y protección ocular
a	Proteger las membranas mucosas de los ojos, la nariz y la boca durante los procedimientos y las actividades de cuidado de pacientes.
4	Equipo de protección personal
a	Utilizado en asistencia y manejo de pacientes para la prevención del contacto de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones, de manera que impida exposiciones de la piel y de la membrana mucosa y la transferencia de microorganismos a otros pacientes y ambientes.
5	Control ambiental
a	Asegurar que el hospital cuente con procedimientos adecuados para el cuidado, la limpieza y desinfección rutinarios de superficies ambientales, camas y equipo, y garantizar el correcto seguimiento de los procedimientos establecidos.

Fuente: HA Central Committee on Infectious Disease and Infection Control Branch, Centre for Health Protection. HA Infection Control Guidelines For Avian Influenza under Red Alert. Hong Kong, 2005.

Recomendaciones en situación de epidemia

- El paciente deberá emplear una mascarilla para reducir la diseminación respiratoria, preferiblemente una mascarilla que proporcione filtración de su aire espirado (mascarilla quirúrgica)
- Medidas estrictas de higiene personal
- En pacientes hospitalizados, estricta higiene de los trabajadores del área de la salud (Ej., evitar contacto en cara, ojos o cabello en el cuarto del paciente, asegurar el lavado de manos después de salir).
- Si el paciente se transporta debe emplear mascarilla respiratoria
- Las medidas de control de la infección se establecen durante 7 días después de la resolución de la fiebre en el caso de las personas adultas.

5.6.2. Acciones Colectivas

Acciones colectivas IRA

Investigación de brote

La secretaría municipal de salud realizará la investigación de brotes configurados de irag – esi, de mortalidad por ira e irag inusitada con el objeto de determinar el alcance del brote, examinar las características epidemiológicas y descriptivas de los casos, generar hipótesis (posible fuente de infección), tomar muestras para diagnóstico por laboratorio e implementar medidas de control. De igual forma la secretaria de salud municipal y departamental iniciarán la investigación correspondiente de casos humanos de influenza de origen aviar que se detecten en su territorio de acuerdo al protocolo de investigación de brotes, guía de manejo y atención de casos humanos de influenza aviar, documentos vigentes del plan antipandemia de influenza de Colombia. La confirmación por laboratorio de un caso humano de influenza por un nuevo subtipo desencadenar inmediatamente una investigación exhaustiva.

Se debe llevar a cabo una serie de actividades para la investigación de brotes entre ellas:

Preparar el trabajo de campo y el análisis de la información disponible.

Toda la información disponible debe ser evaluada por un grupo de trabajo el cual debe evaluar la situación notificada así como verificar los recursos logísticos para el desplazamiento y la planificación del trabajo de campo que contemple las acciones apropiadas de vigilancia y control del posible brote además de considerar todas las medidas de bioseguridad y el empleo de equipo de protección personal que debe tener el personal. En el estudio de brote se pretende cumplir con algunos objetivos como

identificar casos nuevos, disminuir la transmisión de la infección, implementar medidas de control y reducir al mínimo la mortalidad y morbilidad.

Establecer la presencia de un brote:

El aumento en el número de casos de esi, irag o irag inusitada o dos o más casos relacionados epidemiológicamente, de aparición súbita y diseminación localizada en un espacio específico debe considerarse como un brote y motivar la pronta identificación de la(s) fuente(s) y de los mecanismos de transmisión, para establecer las medidas de control y prevenir futuros casos similares. También al establecer la frecuencia de la enfermedad en el periodo de estudio comparada con el mismo periodo de estudio de años anteriores del área geográfica implicada para determinar si ha ocurrido o existe un brote.

Verificar el diagnóstico:

Es importante asegurar que el brote haya sido correctamente diagnosticado para ello hay que excluir posibles errores de las definiciones de caso o del laboratorio como base para el incremento de los casos diagnosticados. Se deben resumir los hallazgos clínicos y realizar una distribución de frecuencias. Esta es útil para caracterizar el espectro de la enfermedad, verificar el diagnóstico y desarrollar la definición de caso. Adicionalmente, el investigador obtendrá la siguiente información crítica de los casos:

- A. ¿a que estuvieron expuestos antes de enfermarse?
- B. ¿qué piensan ellos que causó la enfermedad?
- C. ¿tienen algo en común con otras personas que tengan la enfermedad? Y realizar posibles diagnósticos diferenciales

Es importante notificar los casos identificados a de acuerdo con los lineamientos establecidos por el nivel nacional, previo el registro en las fichas epidemiológicas de los casos y realizar la caracterización del área y de la población afectada.

Establecer una definición de caso.

En la definición de casos es necesario incluir el periodo de exposición, contacto directo o espacial (área geográfica específica) o potencial fuente de infección de igual forma es necesario comunicar la definición de caso a las personas que participan en la investigación del brote incluyendo a los trabajadores del área asistencial implicados en la detección de casos. El brote puede estar en la fase de finalización antes de que el equipo de trabajo llegue a terreno por lo cual es importante considerar la investigación de forma retrospectiva.

Realizar la descripción epidemiológica del brote

Para ello se puede efectuar vigilancia activa para la recolección de información, interpretación y diseminación de la información y el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia.

Búsqueda activa institucional

En la búsqueda activa institucional se realiza en todo los servicios de prestación de servicios de salud seleccionados investigando la ocurrencia de casos sospechosos de en un periodo de tiempo determinado y de forma retrospectiva.

Para la búsqueda activa retrospectiva de casos sospechosos se puede considerar los siguientes pasos:

- Seleccionar y asignar mínimo a dos personas que integran el grupo de búsqueda activa institucional.
- Identificar el número de instituciones prestadoras de servicios de salud (ips) a nivel local que se deben visitar.
- Priorizar según los antecedentes situacionales el número de ips (generalmente ips con mayor cobertura, o ips que atienden personas a riesgo).
- elaborar y organizar el cronograma de visitas institucionales y programar el apoyo logístico (insumos necesarios).
- Informar a las directivas de las ips seleccionadas el propósito de la búsqueda activa y solicitar el apoyo logístico correspondiente y participación del personal de estadista de la ips y de quienes realicen la vigilancia epidemiológica.
- Elaborar un formulario de recolección de información

Criterios de búsqueda activa institucional

- **Población a riesgo:** según antecedentes situacionales por ejemplo, si se reporta una sospecha de brote en trabajadores de granjas avícolas, el grupo de estudio principal es la población en edad laboral; mayores de 18 años.
- **Periodo de recolección de información:** se debe considerar el periodo de exposición y reporte de la sospecha de brote y el mismo periodo de estudio de años anteriores.
- **Selección de diagnósticos de ingreso:** infección respiratoria aguda empleando clasificación de enfermedades internacionales décima revisión; (j00 – j06, j10 - j18, j20 - j22), o diagnósticos que contemple dos o más signos y síntomas de la definición de casos sospechoso.

Desarrollo de búsqueda activa institucional

- Visitar todas las ips seleccionadas del municipio o localidad de acuerdo al cronograma establecido.
- Solicitar las historias clínicas, registros de consulta, registros de prestación de servicios; egresos hospitalarios, urgencias y consulta externa.
- Selección de historias clínicas, registros de consulta, registros de prestación de servicios; egresos hospitalarios, urgencias y consulta externa que cumplan los criterios de selección establecidos en la búsqueda activa institucional.
- Recolección de información según formato establecido.
- Consolidación de información determinando el número de historias clínicas, registros de consulta, registros de prestación de servicios; egresos hospitalarios, urgencias y consulta externa seleccionadas, disponibles y revisadas.
- Cuando se identifique casos sospechosos con un cuadro clínico menor de cinco días de evolución, realice búsqueda activa comunitaria con la intención de realizar toma de muestra para diagnóstico etiológico.
- El grupo de trabajo analice los resultados encontrados al final de la búsqueda activa institucional y socialice el informe al personal de prestación de servicios.

Búsqueda activa comunitaria

El propósito de la búsqueda activa comunitaria de casos sospechosos es alertar a las autoridades sanitarias sobre la ocurrencia de casos y la implementación de medidas de control. La búsqueda activa comunitaria se efectúa de manera prospectiva en todos los lugares donde haya posibilidad de captar casos sospechosos e información de indicadores relacionados con ausentismo escolar o laboral. Para la búsqueda activa comunitaria de casos sospechosos se deberá planificar la actividad considerando los siguientes pasos:

- Seleccionar y asignar las personas que integran el grupo de búsqueda activa comunitaria.
- Identificar a nivel local el número de, viviendas ubicadas en el área de foco, escuelas, hogares, o lugares de concentración de los individuos a riesgo.
- Priorizar según los antecedentes situacionales el número de lugares a visitar.
- Solicitar el apoyo logístico correspondiente a las autoridades locales y a quienes realicen la vigilancia epidemiológica en el área.
- Identificar los insumos necesarios para la búsqueda activa comunitaria y toma de muestras.
- Elaborar los formularios de recolección de información

Desarrollo búsqueda comunitaria

- Recolección de información según formato establecido y toma de muestras en la población de riesgo
- Seguimiento y monitoreo de contactos cercanos.
- Si se detectan en la comunidad casos que cumplan con la definición de caso sospechosos, se llenara el instrumento de recolección de datos específico y se realizara la recolección de muestra de hisopado orofaríngeo conservando la cadena de frío y empleando medidas de protección personal (bata, guantes, gafas de protección ocular y tapaboca).
- Si el caso presenta síntomas y signos en los últimos 5 días previos, llene el instrumento de recolección de información, y asegúrese de obtener la información requerida para su clasificación final, antecedentes o nexo epidemiológico con otros casos sospechosos confirmados.
- Identifique posible cadena de transmisión.
- Comunique y explique las medidas de control de infección.

Mientras que los primeros pasos se enumeran en orden lógico, en la mayoría de las investigaciones del brote, muchas ocurren simultáneamente. La importancia de ellos puede variar dependiendo de las circunstancias específicas.

Los contactos cercanos son identificados a través de la vigilancia activa en la investigación de brotes. Para la clasificación de los individuos como contacto es necesario definir una exposición basada en la evaluación del riesgo. La evaluación del riesgo debe incluir la probabilidad de que el agente etiológico este circulando en el área geográfica, (confirmación por diagnóstico por laboratorio).

Plantear y evaluar hipótesis:

Con la información obtenida a través de la vigilancia activa institucional y comunitaria se pretende detectar casos, definir el alcance del brote, examinar las características epidemiológicas descriptivas de los casos y genera hipótesis con posible fuente de infección o exposición.

Determinar las medidas de prevención y control.

Medidas de prevención y control

Vacunación contra influenza estacional

La inmunización profiláctica es la mejor estrategia para prevenir la mortalidad excesiva y los costos de la atención sanitaria en el grupo de alto riesgo. La efectividad de la vacuna contra la influenza para prevenir o atenuar la enfermedad varía principalmente según la edad, la inmunocompetencia del vacunado y del grado de semejanza entre las cepas de virus incluidas en la vacuna y aquellas que circulan.

Se recomienda la vacunación contra influenza a los siguientes grupos:

- Niños de 6 a 23 meses de edad.
- Adultos de 65 años en adelante.
- Personas de 2 a 64 años de edad con algún tipo de afección médica crónica subyacente
- Mujeres que embarazadas, a partir del segundo trimestre de embarazo.
- Residentes de asilos para ancianos y de otras instalaciones de cuidado a largo plazo.
- Niños de 6 meses a 18 años de edad que estén siguiendo una terapia crónica con aspirina.
- Empleados del área de salud que trabajen directamente en el cuidado de pacientes.
- Encargados del cuidado a personas que vivan con niños menores de 6 meses de edad (25)
- Personas con riesgo ocupacional como trabajadores de granjas de producción avícola o porcina, y trabajadores que transportan o comercian aves o cerdos (25).

Personas que no deben vacunarse:

- Personas que sufren de fuerte alergia a los huevos de gallina.
- Personas que en el pasado han tenido una fuerte reacción a la vacuna contra la influenza.
- Personas que en el pasado han tenido el síndrome de guillain-barré después de 6 semanas de haber recibido la vacuna contra la influenza.
- niños menores de 6 meses de edad.
- Personas que están enfermas y tienen fiebre; (estas personas pueden recibir la vacuna una vez que se hayan disipado los síntomas) (25).

Para Colombia se estableció en el programa ampliado de inmunizaciones, pa la vacunación contra influenza a los niños de 6 a 23 meses y mayores de 60 años

Otras medidas preventivas

- Actualizar, monitorear y evaluar el plan de contingencia, para afrontar la situación administrativa y asistencial, que se genere por el pico de ira.
- Definir estrategias que disminuyan al menor tiempo posible, las estadías en salas de espera de los pacientes con enfermedad respiratoria aguda, para acceder a la atención inicial de urgencias o consulta prioritaria.
- Implementar procesos que aseguren el cumplimiento estricto de las medidas para prevenir la infección intrahospitalaria.
- Programar la ampliación del número de camas disponibles en los servicios de observación de urgencias y hospitalización, con la consecuente adecuación del recurso humano, recurso fisicotécnico y de insumos.
- Definir procesos para disminuir hospitalización de casos que puedan ser programables

Medidas de control

- Programar la ampliación en números de camas de unidad de cuidado intensivo y de cuidado intermedio con la consecuente adecuación del recurso humano, recurso físico técnico y de insumos.
- Definir los procesos para asegurar la educación del cuidador del niño sobre los cuidados en el hogar, información sobre la administración de medicamentos, identificación de signos de alarma, cuando volver a consultar, así como la entrega oportuna, completa y adecuada de medicamentos para continuar su manejo.
- Insistir al máximo el seguimiento, así sea telefónico, pero idealmente presencial, a niños y niñas con enfermedad respiratoria aguda que después de ser atendidos regresen a comunidad para continuar su manejo; en especial; en aquellos que tienen factores de riesgo como: patologías crónicas de base y requerimiento de oxígeno domiciliario.
- En los hospitales de primer nivel buscar la implementación de atención bajo esquema de salas era, así sea con un ajuste de tipo funcional, en unidad básica de atención en salud (ubas) y unidad primaria de atención en salud (upas).
- Determinar áreas de salas de espera y de atención en urgencias y hospitalización que eviten el hacinamiento y por ende la infección cruzada o en su defecto, crear estrategias que disminuyan en forma clara este riesgo.
- Los niños y niñas con infección respiratoria aguda baja no deben estar en contacto con niños y niñas menores de 1 año, inmunosuprimidos y en general debe establecerse barrera epidemiológica para la población infantil menor de 5 años sin enfermedad respiratoria.

5.6.3. Acciones de laboratorio

Recolección de muestras de hisopado oro faríngeo

Se recolectará dos muestras de hisopado oro faríngeo a los pacientes que cumplan con la definición de caso sospechosos de ESI con cuadro clínico con máximo **cinco días** de evolución y que acudan a las UPGD centinelas. Las UPGD centinelas serán las encargadas de recolectar las muestras de casos sospechosos.

Para la recolección de muestra oro faríngea se debe considerar los siguientes pasos:

1. Pida al paciente que abra la boca y saque la lengua, repitiendo reiteradamente la letra “a” con el fin de mantener la faringe cerrada.
2. Con la ayuda de un bajalenguas, presione la lengua. La manipulación en este momento de la recolección de muestra es de gran importancia para evitar que la lengua contamine la muestra.
3. Tome dos hisopo, colóquelo en la parte posterior y superior de la faringe, lo más cercano a la nasofaringe.
4. Luego rote el hisopo por la parte posterior de las tonsilas, mediante movimiento enérgico rotatorio y a la vez de arriba hacia abajo, con el fin de lograr obtener el mayor número de células.
5. Coloque el hisopo con la muestra en el vial que contiene el medio de transporte viral y marque el recipiente (nombres, apellidos, fecha y hora de la recolección de muestra).

Las muestras se recolectan con escobillones de nylon, poliéster o dacrón o en el medio de virus respiratorio (referenciado por el Instituto Nacional de Salud) elaborado por cada Laboratorio de Salud Pública. Las muestras serán colocadas en el medio de transporte junto con los escobillones, introduciendo el escobillón en el mismo tubo; es necesario mantener las muestras y el medio de transporte para virus respiratorios a 4°C y enviarlas refrigeradas. Las muestras deben llegar dentro de las primeras 48 horas de ser recolectadas al Laboratorio de Virología del INS o al Laboratorio de Salud Pública que corresponda.

Recolección de muestras para hemocultivo

Las indicaciones para obtener cultivos representativos de sangre están relacionadas con las condiciones clínicas del paciente. Si el paciente ha recibido algún agente antimicrobiano antes de la recolección de la muestra de sangre deben tomarse un total de 4-5 muestras separadamente en un tiempo no mayor de 48 horas.

Las condiciones en la recolección de la muestra de sangre deben ser asépticas, limpiando primero la zona de la piel con agua y jabón, alcohol de 80-95% y aplicando una solución de yodo al 2% en forma concéntrica de adentro hacia fuera, alrededor del sitio de la punción. Esta solución deberá permanecer sobre la piel al menos 1 minuto para que ocurra una verdadera antisepsia. No deberá tocarse la superficie de la piel con los dedos.

Figura 2. Recolección de muestra para diagnóstico de virus respiratorios.



Fuente: Grupo de Virología:
Red Nacional de Laboratorios.
Instituto Nacional de Salud. Enero 2008.

Se recomienda colectar de 5-10 ml de sangre en la toma, pues un volumen menor reducirá el porcentaje de recuperación de los microorganismos presentes en algunas bacteriemias. En neonatos y niños menores de 6 años la colección de 1-5 ml de sangre puede resultar satisfactoria y la sangre deberá ser inoculada directamente sobre el medio de cultivo al lado del paciente, bien sea con jeringa estéril o con un equipo de extracción desechable.

Una vez tomadas las muestras de sangre, las botellas de hemocultivo se deben incubar a 35-36° y deben ser examinadas diariamente hasta el séptimo día para evidencia de crecimiento. Inmediatamente se visualice alguna positividad en el cultivo debe obtenerse una pequeña muestra del hemocultivo con aguja y jeringa estériles para hacer una preparación directa y coloración de Gram, y subcultivos sobre placas de agar sangre y agar chocolate en condiciones aeróbicas y anaeróbicas y atmósfera de CO₂.

El frotis directo de Gram provee información preliminar del microorganismo aislado. Cuando el hemocultivo permanece microscópicamente negativo deben hacerse subcultivos sobre placas de agar chocolate y sangre a las 24 horas y al quinto día que son incubados en atmósfera de CO₂ durante 48 horas. Estos subcultivos son necesarios para asegurar la recuperación de Haemophilus, Neisserias y otros.

Los aislamientos de agentes bacterianos obtenidos en la vigilancia centinela de IRAG deben ser enviados al Grupo de Microbiología de la Red Nacional de Laboratorios del

Instituto Nacional de Salud dentro de las primeras 48 horas con la ficha de envío correspondiente y con los datos sobre la prueba de optoquina o identificación por métodos automatizados y Gram.

La retroalimentación de los resultados de los aislamientos (serotipificación) de la vigilancia centinela de IRAG serán enviados por el Laboratorio de Microbiología del Instituto Nacional de Salud a la Secretaria de Salud Departamental o Distrital después de las dos semana epidemiológicas posterior a la notificación para aislamientos de *Streptococcus pneumoniae*. En el caso de aislamiento de *Hemophilus influenzae* la retroalimentación se efectuará después de tres semanas epidemiológicas posterior a la notificación

Recolección de muestras para aspirado nasofaringeo

En pacientes hospitalizados se podrá realizar un lavado nasofaringeo, para la recolección de esta muestra se debe considerar los siguientes pasos:

1. Introduzca 1 ml de solución salina estéril (pH: 7.0) en una de las ventanas nasales utilizando una jeringa unida a una pieza pequeña de tubo plástico (sonda).
2. Aspire todo el material de la secreción nasofaringea que sea posible. Si la muestra se ve con moco o turbia se considera adecuada. Si no lo es repita el procedimiento con la otra ventana nasal.
3. Agregue la muestra al vial estéril.
4. Enjuague la jeringa en el vial estéril utilizando para ello el medio de transporte viral.
5. Coloque la muestra en el vial medio de transporte viral y marque el recipiente.
6. La muestra debe refrigerarse inmediatamente y transportarse al Laboratorio de Salud Pública a la mayor brevedad (antes de 24 h).

Figura 3. Recolección de muestra lavado nasofaringeo para diagnóstico de virus respiratorios.



Fuente: OMS. Collecting, preserving and shipping specimens for the diagnosis of avian influenza A (H5N1) virus infection. Octubre 2006.

Nota: Muestras de lavado broncoalveolar o aspirado bronquial también son útiles en el diagnóstico por enfermedad respiratoria en pacientes hospitalizados previa autorización médica.

Recolección de muestras de tejido de glotis, pulmones, bronquios y/o traquea post-mortem

- Las muestras de tejido de pulmón o tráquea (aproximadamente 18 g), una de ellas deben ser enviada en solución salina y refrigeradas (conservando la cadena de frío) al Grupo de Virología del INS.
- La segunda muestra debe ser conservada en formol tamponado al 10% a temperatura ambiente y ser enviada al Grupo de Patología del INS.
- Se recomienda contar con todas las medidas de bioseguridad durante la recolección de la muestra

Lo anterior aplica para los casos sin confirmación por otras pruebas diagnósticas con alta sospecha de muerte por un virus de influenza, este procedimiento debe ser efectuado por personal médico capacitado.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C, Bryce J, Dye C. Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. Lancet Infect Dis. 2002 ;2(1):25-32.
2. Michaud CM, Murray CJ, Bloom BR. Burden of disease--implications for future research. JAMA. 2001; 285(5):535-9.
3. Rudan, I., Tomaskovic, L., Boschi-Pinto, C., Campbell, H. 2004. Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. Bull. World Health Organ. 82:895-903.
4. UNICEF. 2007. State of the World's Children. New York: United Nations Children's Fund.
5. Organización Panamericana de la Salud – Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Protocolo genérico para la vigilancia de influenza. Washington, D.C. Diciembre 15 de 2006. Pág:1-47.
6. Viboud C, Alonso JW, Simonse L. Influenza in tropical regions. PLoS Med. 2006; 3(4):84-89.
7. Ministerio de Salud de Chile. Unidad de vigilancia departamento de epidemiología, Influenza y el riesgo pandemia: Boletín de Vigilancia en Salud Pública. 2002; 7 (11):147.
8. Organización Mundial de la Salud. Preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. Informe Secretarial. Enero, 2005.
9. Organización Panamericana de la Salud. Influenza aviar. Boletín Epidemiológico. 2004; 25 (1):6.
10. Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional de Colombia. Porras A, De la Hoz F, Rico A, Moreno J. Cotes K. Carga de enfermedad por virus de influenza estacional en Colombia. 2007. Pág.:1- 125
11. Word Health Organizati3n. Situation updates - Pandemic (H1N1) 2009. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/updates/en/index.html>. Consultado Mayo 2010.
12. Yang Y, Sugimoto JD, Halloran ME, Basta NE, Chao DL, Matrajt L, et al. The transmissibility and control of pandemic influenza A (H1N1) virus. Science 2009. 30; 326:729-33.
13. Word Health Organizati3n. Acute Respiratory Infections (Update September 2009. Disponible en: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/ari/en/index.html. Cobconsultado. Mayo de 2010.
14. Jackson LA, Neuzil KM. Pneumococcal polysaccharide vaccines. In: Plotkin SA, Orestein WA, Offit PA, editors. Vaccines 5th ed: Saunders-Elsevier, 2008: 569-604.
15. CDC. Taller de entrenamiento sobre la epidemiología y vigilancia de influenza y enfermedades respiratorias. Estados Unidos, 2005.
16. Beading C, Slifka M. How do viral infections predispose patients to bacterial infections? Curr Opin Infect Dis 2004; 17: 185-91.

17. Girard MP, Cherian T, Pervikov Y, Kieny MP. A review of vaccine research and development: human acute respiratory infections. Vaccine. 2005. 30; 23(50):5708-24.
18. Girard MP, Cherian T, Pervikov Y, Kieny MP. A review of vaccine research and development: human acute respiratory infections. Vaccine. 2005. 30; 23(50):5708-24.
19. Organización Panamericana de la Salud Preparación de los Establecimientos de Salud ante Casos Inusitados o Imprevistos o Conglomerados de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Mayo. 2008:26.

7. CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DEL REGISTRO									
Identificación		1ra. Fase: archivo de gestion				2da. Fase disposicion inicial			3ra.fase disposicion final
Cod	Nombre	Ordenacion documental	Responsable	Lugar	Tiempo de retencion	Metodo usado	Responsable	Tiempo	Metodo utilizado
REG-R02.001.4010-001	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-R02.001.4020-028	Ficha de notificación Tos ferina datos complementarios	Orden cronológico y temático	Auxiliar servicios generales	Archivo SVCSP	3 años	Orden cronológico y temático	Auxiliar administrativo	15 años	Eliminación

8. CONTROL DE REVISIONES

VERSION	FECHA APROBACION			RESPONSABLE APROBACION	MOTIVO DE CREACION O CAMBIO
	AA	MM	DD		
00	10	08	13		

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Ficha única de notificación de ESI – IRAG. IRAG inusitado

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD		SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA		Ministerio de la Protección Social	
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN		MODULO DE VIGILANCIA DE ESI-IRAG		República de Colombia	
FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASOS - DATOS BÁSICOS					
1. Información General					
Fecha de notificación			Semana epidemiológica		
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Día Mes Año</div>			<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Semana Año</div>		
Departamento o Distrito que notifica			Municipio que notifica		
Nombre de la IPS que notifica			Código de la IPS		
			<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Dpto. Mpio. Consecutivo Sede</div>		
2. Identificación del paciente					
Tipo de documento de identificación					
Reg. Civil		Tarj. Identidad		Cédula de C.	
RC		TI		CC	
C. Extranjería		Pasaporte		Menor sin ID.	
CE		PA		MS	
Adulto sin ID.		AS			
Número del documento de identificación					
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido	
Segundo apellido					
Sexo					
Masculino		Femenino			
Fecha de nacimiento					
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Día Mes Año</div>					
Edad					
Unidad de medida					
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Años Meses Días Horas</div>					
Dirección de residencia					
Localidad y Barrio (si vive en zona urbana)					
Departamento de residencia		Municipio de residencia		Teléfono	
Ocupación					
Tipo de régimen en salud					
Contributivo		Subsidiado		Excepción	
Especial		No afiliado			
Nombre de la entidad promotora de salud (EPS)					
Pertenencia étnica					
Indígena		ROM		Raizal	
Palenquero		Afro colombiano		Otro	
Grupo poblacional					
Desplazado		Migrante		Recluso	
Habitante de calle		Gestante			
3. Notificación					
País de ocurrencia		Departamento de ocurrencia		Municipio de ocurrencia	
Área de ocurrencia					
Cabecera municipal		Centro poblado		Rural disperso	
Localidad y Barrio o Centro Poblado o Vereda de ocurrencia según área de ocurrencia seleccionada					
Fecha de consulta					
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Día Mes Año</div>					
Fecha de inicio de síntomas					
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Día Mes Año</div>					
Diagnóstico inicial (códigos CIE-10: J00 a J22)					
Código CIE-10					

FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASOS - DATOS BÁSICOS

Paciente hospitalizado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de hospitalización <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Día</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table>						Día	Mes	Año	
Día	Mes	Año									
Servicio de hospitalización a que ingresa Hospitalización Niños <input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Unidad de Cuidados Intermedio: Pediatría Adultos <input type="checkbox"/> Unidad de Cuidados Intensivos: Pediatría Adultos <input type="checkbox"/>		Requirió ventilación mecánica al ingreso ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									

5. Mortalidad										
Condición final Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>	Fecha de defunción <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Día</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table>					Día	Mes	Año		Número del certificado de defunción <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Día	Mes	Año								
Causa básica de muerte según el certificado de defunción <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		Código CIE-10 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>								

6. Clasificación inicial del caso					
Sospechoso <input type="checkbox"/>	Probable <input type="checkbox"/>	Confirmado por cuadro clínico <input type="checkbox"/>	Confirmado por nexo epidemiológico <input type="checkbox"/>	Confirmado por laboratorio <input type="checkbox"/>	Descartado <input type="checkbox"/>

7. Tipo de caso: nuevo o ajustes									
Caso nuevo (notificado por primera vez) <input type="checkbox"/>	Ajuste a caso notificado anteriormente <input type="checkbox"/>								
Si es un ajuste al caso, especifique la semana en que lo notificó por primera vez <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Semana</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table>						Semana	Año		
Semana	Año								

8. Datos del notificador	
Nombre de la persona responsable <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Cargo <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Teléfono <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>	Correo electrónico <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>

FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASOS - DATOS COMPLEMENTARIOS

1. Información General									
Departamento o Distrito que notifica					Municipio que notifica				
Nombre de la IPS que notifica					Código de la IPS				
					<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>				
					<div> <div>Dpto.</div> <div>Mpio.</div> <div>Consecutivo</div> <div>Sede</div> </div>				
2. Identificación del paciente									
Tipo de documento de identificación									
Reg. Civil		Tarj. Identidad		Cédula de C.		C. Extranjería		Pasaporte	
RC		TI		CC		CE		PA	
Menor sin ID.		Adulto sin ID.							
MS		AS							
Número del documento de identificación									
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido			
3. Antecedentes vacunales									
Presentó carné de vacunación?									
Vacuna de Influenza A H1N1 en los últimos 8 meses?					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>				
Vacuna de Influenza estacional en el último año?					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>				
Vacuna de <i>Haemophilus influenzae b</i> en el último año?					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>				
Vacuna del neumococo en el último año?					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>				
4. Exposición o posible exposición									
Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>									
Si el lugar de procedencia es nacional, ¿cual?									
Departamento de procedencia					Municipio de procedencia				
Si el lugar de procedencia es internacional, ¿cual?									
País de procedencia					Estado/Provincia/Ciudad de procedencia				
Tuvo contacto con aves o cerdos enfermos o muertos en los 14 días previos al inicio de síntomas?									
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>									
Tuvo contacto estrecho a un metro o menos de distancia (hablar, tocar o cuidar) con una persona con IRA durante los 14 días previos al inicio de síntomas?									
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>									
5. Antecedentes clínicos y condiciones de vulnerabilidad									
Embarazo <input type="checkbox"/>		Semanas de gestación <input type="checkbox"/>		Asma <input type="checkbox"/>					
EPOC <input type="checkbox"/>				Cáncer <input type="checkbox"/>					
Diabetes <input type="checkbox"/>				Malnutrición <input type="checkbox"/>					
VIH/otra inmuno-deficiencia <input type="checkbox"/>				Fumador <input type="checkbox"/>					
Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/>				Toma medicamentos inmunosupresores <input type="checkbox"/>					
Insuficiencia renal crónica <input type="checkbox"/>				Obesidad <input type="checkbox"/>					
Otros (especificar) <input type="text"/>									
6. Datos clínicos									
Tos		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Fiebre		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Dolor de garganta		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Rinorrea		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Conjuntivitis		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Cefalea		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Dificultad respiratoria		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Otros (especificar) <input type="text"/>									
Postración		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Tiraje torácico		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Dolor muscular		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
No tolera vía oral		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Diarrea		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		
Dolor abdominal		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>		

FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASOS - DATOS COMPLEMENTARIOS

7. Radiografía del torax

Al paciente se le tomó radiografía de torax? SI ☐ NO ☐

Fecha de la radiografía

Día		Mes		Año			

Hallazgo de infiltrado alveolar o neumonía? SI ☐ NO ☐

Hallazgo de infiltrados intersticiales? SI ☐ NO ☐

8. Información de toma de muestra

Al paciente se le tomó muestra para el laboratorio? SI ☐ NO ☐

Fecha de toma de muestra

Día		Mes		Año			

Tipo de muestra

Hisopado faríngeo

Tejido

Aspirado nasofaríngeo

Lavado broncoalveolar

Laboratorio donde envió la muestra

Fecha de envío de la muestra

Día		Mes		Año			

9. Información de medicamentos suministrados

Al paciente se le formuló tratamiento terapéutico con antivirales y/o antibióticos? SI ☐ NO ☐

Medicamento 1

Nro. de Lote

Fecha de vencimiento

Día		Mes		Año			

Fecha de inicio

Día		Mes		Año			

Dosis

mg.

Veces por día

Nro. de días

Medicamento 2

Nro. de Lote

Fecha de vencimiento

Día		Mes		Año			

Fecha de inicio

Día		Mes		Año			

Dosis

mg.

Veces por día

Nro. de días

Medicamento 3

Nro. de Lote

Fecha de vencimiento

Día		Mes		Año			

Fecha de inicio

Día		Mes		Año			

Dosis

mg.

Veces por día

Nro. de días

10. Tipo de caso: nuevo o ajustes

Caso nuevo (notificado por primera vez) ☐

Ajuste a caso notificado anteriormente ☐

Si es un ajuste al caso, especifique la semana en que lo notificó por primera vez

Semana		Año					

11. Datos del notificador


Nombre de la persona responsable

Cargo

Teléfono

Correo electrónico


Ficha única de notificación de morbilidad por IRA



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SINVILA
SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN
MÓDULO DE VIGILANCIA DE ESARAG

FICHA DE NOTIFICACIÓN COLECTIVA SEMANAL



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

1. Información General

Fecha de notificación

Día	Mes	Año

Departamento o Distrito que notifica

Nombre de la IPS que notifica

Semana epidemiológica a que corresponde esta notificación

Semana	Año

Municipio que notifica

Código de la IPS

Dpto.	Mpio.	Consecutivo	Sede

2. Consulta semanal a archivos RIPS

Población potencial que demanda los servicios de la IPS

IPS de Primer nivel de atención: NO diligenciar Hospitalización IPS de Segundo, Tercer o Cuarto nivel de atención: NO diligenciar Consulta Externa

Tipo de RIPS / Códigos CIE-10 / Condición final		Grupos de Edad											Sin información	Total
		Menos de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 29 años	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años	De 50 a 59 años	De 60 y mas años			
Consulta Externa	J00-J06													
	J09-J18													
	J20-J22													
	Total IRA (J00-J22)													
Urgencias	Todas las causas de consulta externa													
	Total IRA (J00-J22)													
Hospitalización	Todas las causas de urgencias													
	Total IRA (J00-J22)													
Mortalidad	Todas las causas de hospitalización													
	Total IRA (J00-J22)													
Mortalidad	Muertes por IRA (J00-J22)													
	Muertes por todas las causas													

3. Datos del notificador

Nombre de la persona responsable

Teléfono

Cargo

Correo electrónico

FICHA DE INFORMACIÓN FINAL DE CASO DE PACIENTE HOSPITALIZADO

1. Información General																													
Departamento o Distrito que notifica					Municipio que notifica																								
Nombre de la IPS que notifica					Código de la IPS																								
					<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dpto.</td> <td colspan="2">Mpio.</td> <td colspan="4">Consecutivo</td> <td colspan="2">Sede</td> </tr> </table>															Dpto.		Mpio.		Consecutivo				Sede	
Dpto.		Mpio.		Consecutivo				Sede																					
2. Identificación del paciente																													
Tipo de documento de identificación																													
Reg. Civil		Tarj. Identidad		Cédula de C.		C. Extranjería		Pasaporte																					
RC		TI		CC		CE		PA																					
Menor sin ID.		Adulto sin ID.																											
MS		AS																											
Número del documento de identificación																													
Primer nombre		Segundo nombre			Primer apellido			Segundo apellido																					
3. Información final del caso de paciente hospitalizado																													
Fecha del egreso hospitalario				Diagnóstico al egreso (Códigos CIE-10: J00 a J22)				Código CIE-10																					
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="4">Año</td> </tr> </table>												Día		Mes		Año													
Día		Mes		Año																									
El paciente completó el tratamiento prescrito ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si la respuesta es NO, indique por qué?																													
A los cuantos días de iniciado el tratamiento desaparecieron los síntomas? <input type="text"/>																													
El paciente presentó reacciones adversas a los medicamento suministrados ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																													
Se observaron complicaciones durante el curso de la enfermedad ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																													
Derrame pleural		Derrame pericárdico		Miocarditis		Septicemia																							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																							
Falla respiratoria		Otros ?		Cúales?																									
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>																									
Breve resumen clínico																													
<input type="text"/>																													
4. Tipo de caso: nuevo o ajustes																													
Caso nuevo (notificado por primera vez) <input type="checkbox"/>					Ajuste a caso notificado anteriormente <input type="checkbox"/>																								
Si es un ajuste al caso, especifique la semana en que lo notificó por primera vez																													
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Semana</td> <td colspan="4">Año</td> </tr> </table>																		Semana				Año							
Semana				Año																									
5. Datos del notificador																													
Nombre de la persona responsable					Cargo																								
<input type="text"/>					<input type="text"/>																								
Teléfono		Correo electrónico																											
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>																								

NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS DE LABORATORIO

Nombre del Laboratorio

1. Identificación del paciente

Tipo documento de identificación

Nro. documento de identificación

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

2. Resultado

Fecha recepción de la muestra

Nro. Consecutivo asignado a la muestra

Fecha del resultado

Día Mes Año

Día Mes Año

Tipo de prueba aplicada

Prueba rápida

RT-PCR

Otra

Prueba de inmunofluorescencia (IFI)

Cultivo bacteriano

Cuál?

Resultado para Prueba rápida

Negativo

Influenza A

Influenza B

Resultado para IFI (máximo dos virus)

Negativo

Virus sincitial respiratorio

Adenovirus

Influenza A

Influenza B

Parainfluenza 1

Parainfluenza 2

Parainfluenza 3

Muestra escasa de células

Muestra contaminada con hongos

Muestra No procesada / Inadecuada

No llegó muestra

Resultado RT-PCR (solo una opción)

Influenza A (H1N1)/09

Influenza A H1 estacional

Influenza A H3 estacional

Influenza A estacional

Influenza A no tipificable

Muestra No procesada / Inadecuada

No llegó muestra

Resultado para cultivo bacteriano

Negativo para microorganismos patógenos

Cultivo contaminado con hongos

No llegó el cultivo bacteriano

Positivo para Haemophilus influenzae

Antibiograma. Sensible a

Positivo para Streptococcus pneumoniae

Antibiograma. Sensible a

Otro. Cuál?

Si además de procesar la muestra, la envió a otro laboratorio, diligencie lo siguiente

Laboratorio donde envió la muestra

Fecha de envío de la muestra

Día Mes Año

4. Datos del notificador

Nombre de la persona responsable

Cargo

Teléfono

Correo electrónico



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - SIVIGILA

SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

MODULO DE VIGILANCIA DE ESI-IRAG



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

FICHA DE REPORTE DE INCAPACIDAD DEL TRABAJADOR DE LA SALUD

1. Información General											
Fecha de notificación		Día		Mes		Año					
Departamento o Distrito que notifica						Municipio que notifica					
Nombre de la IPS que notifica						Código de la IPS					
		Dpto.		Mpio.		Consecutivo		Sede			
2. Identificación del trabajador de la salud											
Tipo de documento de identificación											
Reg. Civil	Tarj. Identidad	Cédula de C.	C. Extranjería	Pasaporte	Menor sin ID.	Adulto sin ID.					
RC	TI	CC	CE	PA	MS	AS					
Número de identificación											
Primer nombre			Segundo nombre			Primer apellido			Segundo apellido		
Sexo											
Masculino				Femenino				Fecha de nacimiento			
								Día		Mes	
								Año			
Edad (años cumplidos)											
Tipo de vinculación laboral: De planta <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>											
Clase de trabajador: Asistencial <input type="checkbox"/> Apoyo asistencial <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>											
Cargo del trabajador											
3. Registro de la incapacidad											
Incapacitado: Desde		Día		Mes		Año		Hasta		Día	
										Mes	
										Año	
4. Información sobre medicamentos suministrados											
Al trabajador se le formuló tratamiento profiláctico con antivirales? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
Medicamento 1				Nro. de Lote				Fecha de vencimiento			
								Día			
								Mes			
								Año			
Fecha de inicio				Dosis		Veces por día		Nro. de días			
Día				mg.							
Mes											
Año											
Medicamento 2				Nro. de Lote				Fecha de vencimiento			
								Día			
								Mes			
								Año			
Fecha de inicio				Dosis		Veces por día		Nro. de días			
Día				mg.							
Mes											
Año											
Medicamento 3				Nro. de Lote				Fecha de vencimiento			
								Día			
								Mes			
								Año			
Fecha de inicio				Dosis		Veces por día		Nro. de días			
Día				mg.							
Mes											
Año											
5. Datos del notificador											
Nombre de la persona responsable						Cargo					
Teléfono				Correo electrónico							

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM)

1. Información General															
Fecha de notificación				Semana epidemiológica											
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Día Mes Año</div>				<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Semana Año</div>											
Departamento o Distrito que notifica							Municipio que notifica								
Nombre de la IPS que notifica							Código de la IPS								
							<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Dpto. Mpio. Consecutivo Sede</div>								
2. Identificación del paciente															
Tipo de documento de identificación															
Reg. Civil		Tarj. Identidad		Cédula de C.		C. Extranjería		Pasaporte		Menor sin ID.		Adulto sin ID.			
RC		TI		CC		CE		PA		MS		AS			
Número del documento de identificación															
Primer nombre				Segundo nombre				Primer apellido				Segundo apellido			
Sexo		Fecha de nacimiento				Edad		Unidad de medida							
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Día Mes Año</div>						<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Años Meses Días Horas</div>							
Dirección de residencia								Localidad y Barrio (si vive en zona urbana)							
Departamento de residencia				Municipio de residencia				Teléfono							
Ocupación															
Tipo de régimen en salud															
Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Excepción <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> No afiliado <input type="checkbox"/>															
Nombre de la entidad promotora de salud (EPS)															
Pertenencia étnica															
Indígena <input type="checkbox"/>		ROM <input type="checkbox"/>		Raizal <input type="checkbox"/>		Palenquero <input type="checkbox"/>		Afro colombiano <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>					
Grupo poblacional															
Desplazado <input type="checkbox"/>		Migrante <input type="checkbox"/>		Recluso <input type="checkbox"/>		Habitante de calle <input type="checkbox"/>		Gestante <input type="checkbox"/>							

Ficha única de notificación de mortalidad por IRA en menores de cinco años.

Mortalidad por IRA en menores de 5 años (investigación de campo) - Cód INS: 600					
RELACION CON DATOS BASICOS					REG-R02.001.4020-018 V:00 AÑO 2019
A. Nombres y apellidos del paciente			B. Tipo de ID*		C. No. de identificación
* TIPO DE ID: 1 - RC : REGISTRO CIVIL 2 - TI : TARJETA IDENTIDAD 3 - CC : CÉDULA CIUDADANÍA 4 - CE : CÉDULA EXTRANJERÍA 5 - PA : PASAPORTE 6 - MS : MENOR SIN ID 7 - AS : ADULTO SIN ID					
4. INFORMACION GENERAL					
4.1. Fecha de investigación		4.2. Entidad que realizó la investigación		4.3. Causa de muerte determinada por	
Día Mes Año		1 UPGD 2 Municipio 3 Departamento		1 Historioclínica 2 Autopsia verbal 3 Necropsia	
4.4. Sitio de la muerte				4.5. Si registró otro, ¿cuál?	
1 Hospital o clínica 2 Domicilio 3 Vía pública 4 Otro 5 Desconocido					
5. IDENTIFICACION DEL ENTREVISTADO					
5.1. Nombre del entrevistado		5.2. Tipo de documento de identidad		5.3. Número del documento	
		CC CE PA AS			
5.4. Parentesco o relación con el menor fallecido				5.5. Si registró otro, ¿cuál?	
1 Madre 2 Padre 3 Cuidador 4 Conviviente 5 Otro					
5.6. Escolaridad de la madre				5.7. Estrato socioeconómico	
1 Primaria 2 Secundaria 3 Técnico 4 Universitario 5 Ninguno				1 2 3 4 5 6	
5.8. Estado civil de la madre				5.9. Ocupación de la madre	
1 Soltera 2 Casada 3 Unión libre 4 Viuda 5 Separada				Código	
6. ANTECEDENTES DEL MENOR					
6.1. Peso al nacer		6.2. Antecedente de desnutrición		6.3. Esquema de vacunación completo para la edad	
Gramos		1 Sí 2 No 3 Desconocido		1 Sí 2 No 3 Desconocido	
Peso al nacer					
6.4. Condiciones de la vivienda (marque con x las que se presenten)			6.5. Servicios públicos (marque con x los que se presenten)		
1 Hacinamiento 2 Poca ventilación 3 Humedad			1 Acueducto 2 Alcantarillado 3 Gas 4 Electricidad		
6.6. ¿Se fuma en la vivienda?			6.7. ¿Con qué se cocina en la vivienda?		
1 Sí 2 No 3 Desconocido			1 Leña 2 Querosenegas 3 Gas 4 Electricidad		
6.8. ¿Existen fuentes de contaminación cerca de la vivienda?			6.9. ¿Existe alto tráfico vehicular cerca de la vivienda?		
1 Sí 2 No 3 Desconocido (humo, polvo o químicos)			1 Sí 2 No 3 Desconocido		
7. CONDICIONES DE ACCESO Y ATENCION EN SALUD					
7.1. ¿La madre o cuidador reconoció signos de alarma?		7.2. ¿La madre o cuidador buscó ayuda médica?		7.3. ¿Hubo fácil transporte al hospital?	
1 Sí 2 No 3 Desc.		1 Sí 2 No 3 Desc.		1 Sí 2 No 3 Desc.	
7.4. ¿Hubo dificultad administrativa para acceder al servicio?			7.5. ¿Cuál dificultad administrativa?		
1 Sí 2 No 3 Desconocido			1 Documentos exigidos 2 Económicas 3 Otras		
7.6. ¿Fue oportuna la atención?			7.7. ¿Cómo califica la calidad de la atención?		
1 Sí 2 No 3 Desconocido			1 Excelente 2 Buena 3 Regular 4 Mala		