

**Vigilancia epidemiológica: información para la acción!**





*Artículo 1: ... “crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA-, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; **tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo** en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva. .*







Artículo 3: ... “Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la **recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación** y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.





El concepto de “vigilancia” de la Asamblea Mundial de la Salud también atribuía a la vigilancia la responsabilidad por el seguimiento necesario hasta asegurar que se haya tomado acción efectiva sobre el problema bajo vigilancia

*“aunque el eslabón final de la cadena de vigilancia es la aplicación de medidas de prevención y control, la decisión y ejecución efectivas de las operaciones de control deben recaer en la autoridad sanitaria propiamente constituida y no en el epidemiólogo”.*

Langmuir.



*Alexander Langmuir  
(California 1910 –1993)*



# ETAPAS Y ACTIVIDADES BASICAS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA

ETAPAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"><li>– Operacionalización de las guías normativas</li><li>– Detección de casos</li><li>– Notificación</li><li>– Clasificación de casos</li><li>– Validación de los datos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Autoridades locales de salud</li><li>– Equipo de salud</li><li>– Equipo de salud</li><li>– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales</li><li>– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales</li></ul>
Análisis de la información	<ul style="list-style-type: none"><li>– Consolidación de datos</li><li>– Análisis de variables epidemiológicas básicas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales</li><li>– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales</li></ul>
Interpretación de la información	<ul style="list-style-type: none"><li>– Comparación con datos previos e inclusión de variables locales no consideradas en la recolección de datos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales</li></ul>
Difusión de la información	<ul style="list-style-type: none"><li>– Elaboración de materiales de difusión para distintos niveles de decisión</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales</li></ul>



## RECOLECCION DE LA INFORMACION ACTUALIZADA:

- Seleccionar los datos necesarios para cada una de las enfermedades consideradas. (Definición de caso)
- Establecer las normas de periodicidad con la cual deben formarse y los canales a utilizarse. (SIVIGILA, fichas...etc)
- Identificar las fuentes de información. (rumores, registros, encuestas..)
- Recibir las notificaciones.
- Realizar investigaciones especiales complementarias que contribuyan a configurar y precisar el cuadro en estudio.
- Reunir y compaginar toda la información que permita el análisis del problema y su interpretación.



## INMUNOPREVENIBLES

Difteria

ESAVI

ESI- IRAG

Meningitis Bacterianas

Parotiditis

PFA

Rotavirus

Sarampión y Rubeola- SRC

Tétanos (accidental y neonatal)

Tosferina

Tuberculosis- Lepra

Varicela

ITS

Hepatitis B y C

Sífilis congénita y gestacional

VIH-SIDA

## FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL Y SANITARIO

Cólera

ETAS

Fiebre Tifoidea y Paratifoidea

Hepatitis A

Intoxicaciones por .....

(fármacos, metanol, plaguicidas, metales pesados, solventes, sustancias químicas, CO2 y otros gases, psicoactivos)

Morbi-mortalidad por EDA

## ZONOSIS

Leptospirosis

Accidente ofídico

Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

Enfermedades de origen priónico (Creutzfeld Jakob)

Encefalitis (nilo, equina o esteven)

Peste y Rabia

Tifus

## CRONICAS NO TRANSMISIBLES

Anomalías congénitas

Hipotiroidismo congénito

Lesiones por pólvora

Cáncer Infantil

Mortalidad por IRA

Mortalidad Materna

Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía

Morbilidad materna extrema

Exposición a flúor

Bajo peso al nacer

Salud Mental

Violencia contra la Mujer, Intrafamiliar y Sexual

Intentos de Suicidio - Suicidio

## VECTORES

Dengue, chikunguña y zika

Fiebre Amarilla

Leishmaniasis

Morbi- mortalidad por Malaria

Chagas



- Elaborar tablas y gráficas.
- Calcular tasas específicas y establecer razones y proporciones.
- Fijar patrones de comparación.
- Analizar la información y compararla con los patrones establecidos para su debida interpretación.
- Redactar y presentar a los organismos competentes interesados, informes que reúnan todos los elementos de juicio de la situación estudio, los problemas identificados y la interpretación que se le dé.





- Informará al organismo o entidad de decisión superior, oportunamente: haciendo una descripción detallada de la situación confrontada e indicando las medidas de control que propone y recomienda, así como resultados obtenidos y la evolución del problema.
- Publicar un boletín semanal, con el fin de informar a todos los servicios de salud y otros interesados, incluyendo organismos internacionales, sobre la situación epidemiológica del país.
- Establecer y actualizar normas, pautas y procedimientos referentes al sistema de vigilancia, a las medidas de control y a la evaluación de estas medidas





Actividades dirigidas a:

- a) Proteger los susceptibles (quimioprofilaxis, vacunación, y otras medidas apropiadas.
- b) Interferir un brote (vacunación en masa en tiempo corto, tratamientos preventivos y otras medidas de control).
- c) Orientar, o bien realizar, el tratamiento y aislamiento de los casos.
- d) Vigilar el cumplimiento de las normas, sobre todo de aquellas acciones (como de saneamiento ambiental, por ejemplo) que no dependen directamente del organismo de vigilancia.

*Complementarias al trabajo clínico realizado en la IPS*



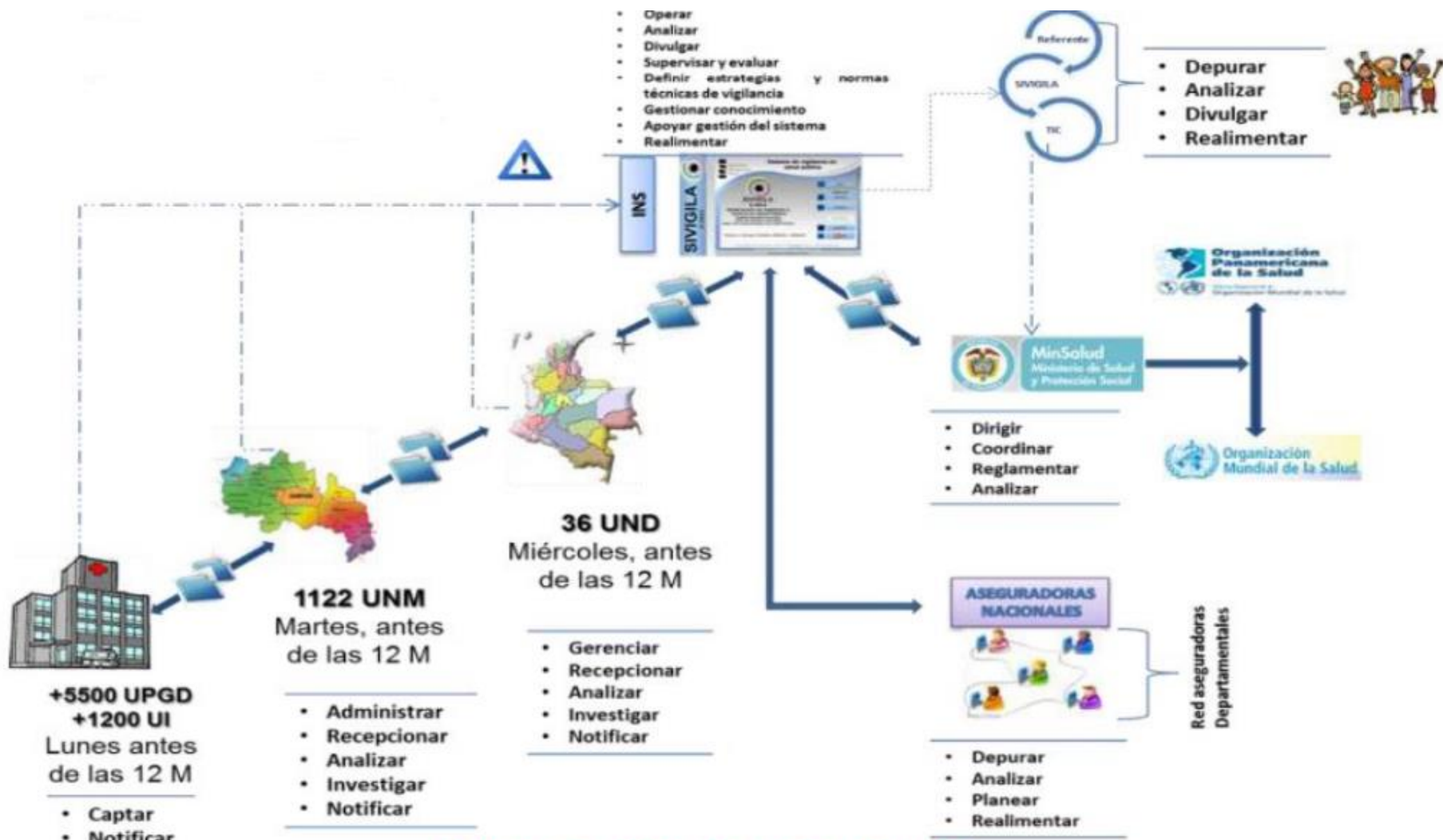


Notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria, para los fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia.

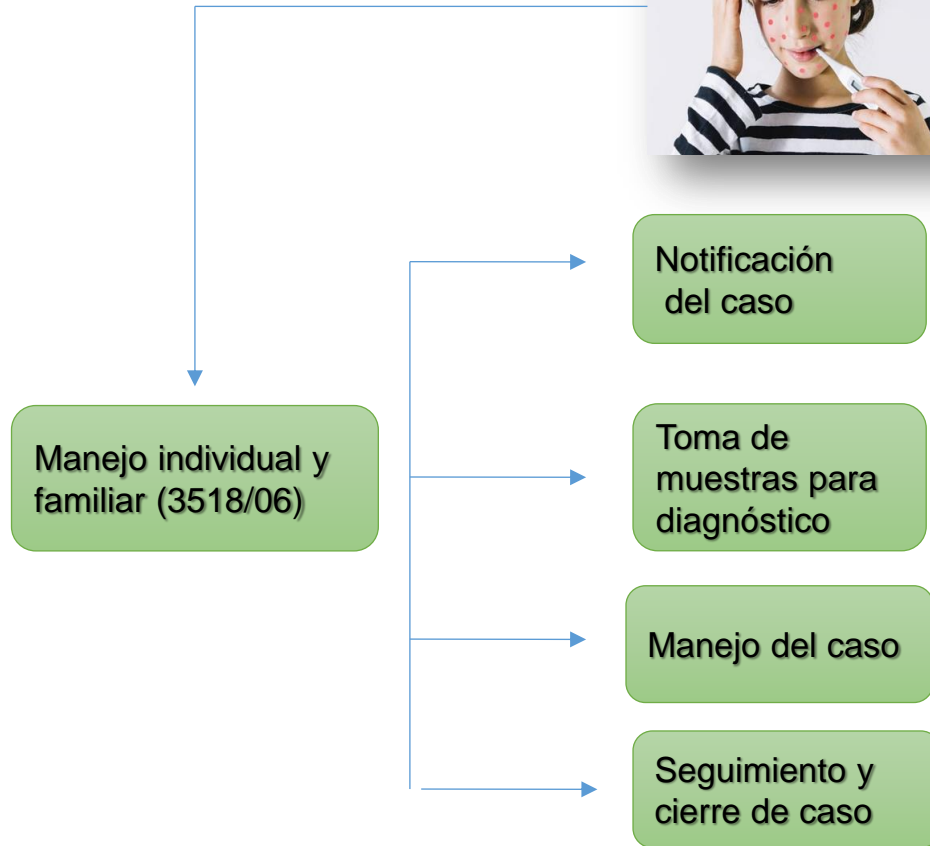


# Flujo de información:



**\*No se exceptúan días festivos**





**Por qué hacerlo?**





## **líneas de trabajo**

**LINEA1:** Eventos de salud pública y emergencias de salud pública de interés internacional manejados con pertinencia según lineamientos y protocolos y guías del sistema de vigilancia epidemiológica

**LINEA 2:** Espacios de socialización de información, educación, comunicación con UPGD,EAPB y gestores de la información

**LINEA 3:** Intervenciones de vigilancia epidemiológica prevención y control para los diferentes eventos de interés en salud pública y emergencias de salud pública de interés internacional

**LINEA 4:** Eventos de salud pública y riesgos epidemiológicos identificados oportunamente para su intervención y control.

**LINEA 5:** Líderes de los Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria empoderados con procesos de Intervención, educación, comunicación y movilización social para la prevención y control de los diferentes Eventos de Interés en salud pública.

**LINEA 6:** Brotes por Eventos de Interés en Salud Pública y Emergencias de Salud Pública de Interés Internacional intervenidos y controlados

**ACCIONES DE CONTROL:  
INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO**





Actividad en la vivienda habitual de los casos sospechosos, probables o confirmados de eventos de interés en salud pública, para:

- Identificar factores de riesgo y de protección
- Prevención de nuevos casos
- Identificación de caso índice
- Búsqueda y manejo de casos secundarios
- Información adicional complementaria

según lineamientos de los protocolos de vigilancia, para orientar la toma de decisiones.

Actividad desarrollada por profesional Médico y Auxiliar de Enfermería, incluye la administración de tratamientos, profilaxis y vacunas requeridas.



# FORMATOS PARA LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO





Datos básicos

REG-RO2 001.4040-001 V.00 AÑO 2010

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. Nombre del evento		1.2. Fecha de notificación	
1.3. Semana*		1.4. Año:	
1.5. Departamento que notifica		1.6. Municipio que notifica	
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato		1.8. Código de la UPGD	
1.9. Nit UPGD			

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1. Primer nombre	2.2. Segundo nombre	2.3. Primer apellido
2.4. Segundo apellido	2.5. Teléfono	2.6. Fecha de nacimiento
2.7. Tipo de documento de identificación		2.8. Número de identificación
2.9. Edad		2.10. Unidad de medida de la edad
2.11. Sexo		2.12. País de ocurrencia del caso
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso	2.14. Área de ocurrencia del caso	2.14.1. Cabecera mpa/Centro poblado/rural/disperso
2.15. Barrio de ocurrencia	2.15.2. Localidad	2.16. Dirección de residencia
2.17. Ocupación del paciente	2.18. Tipo de régimen en salud	2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud
2.20. Pertenencia étnica	2.21. Grupo poblacional	

3. NOTIFICACIÓN

3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente	3.2. Fecha de consulta	3.3. Inicio de síntomas
3.4. Clasificación inicial de caso	3.5. Hospitalizado	3.6. Fecha de hospitalización
3.7. Condición final	3.8. Fecha de defunción	3.9. No. certificado defunción
3.10. Causa básica de muerte	3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha	
3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha		

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES

4.1. Seguimiento y clasificación final del caso	4.2. Fecha de ajuste
---	----------------------



Enfermedades transmitidas por alimentos Cód. INS: 355

REG-RO2 001.4040-001 V.00 AÑO 2010

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. No. de identificación
-------------------------------------	----------------	--------------------------

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Signos y síntomas	4.2. Si marcó otros, registre cual	4.3. Hora de inicio de los síntomas
------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

5. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

5.1. Alimentos ingeridos el día de los síntomas	5.2. Alimentos ingeridos el día anterior	5.3. Alimentos ingeridos dos días antes
---	--	---

6. LUGAR DE CONSUMO IMPLICADO


6.1. Nombre del lugar de consumo implicado	6.2. Dirección
--	----------------


7. ASOCIACIÓN CON BROTE

7.1. ¿Caso asociado a un brote?	7.2. Caso captado por	7.3. Relación con la exposición
---------------------------------	-----------------------	---------------------------------

8. LABORATORIO

8.1. ¿Se tomó muestra biológica?	8.2. Tipo de muestra		
8.3. Agente identificado (1)	8.4. Agente identificado (2)	8.5. Agente identificado (3)	8.6. Agente identificado (4)

Cód. FO-SALU-218	<b>Formato</b> <b>FO-SALU Investigación epidemiológica de campo</b>	 Alcaldía de Medellín
Versión. 1	Caso probable: Inmunoprevenibles - IRAG inusitada - muerte IRA- EDA, Desnutrición y Vectores	

Cód. FO-SALU-218	<b>Formato</b> <b>FO-SALU Investigación epidemiológica de campo</b>	 Alcaldía de Medellín
Versión. 1	Caso probable: Inmunoprevenibles - IRAG inusitada - muerte IRA- EDA, Desnutrición y Vectores	

<b>FECHA IEC:</b>		<b>HORA DE INICIO DE VISITA:</b>	
Nombre quien atiende visita:			
Buen informante	Si:	No:	Parentesco:
<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:</b>			
Dirección donde se realiza IEC:			
Estado civil:		Nacionalidad:	
Desplazado	Si:	NO:	Lugar: Tiempo:
<b>ESCOLARIDAD</b>			
Analfabeta:	No escolarizado:		Guardería:
Preescolar:	Primaria Completa:		Primaria Incompleta:
Secundaria Completa:	Secundaria Incompleta:		Técnica Completa:
Técnica Incompleta:	Tecnología Completa:		Tecnología Incompleta:
Universidad Completa:	Universidad Incompleta:		Especialización:
Maestría:	Doctorado:		No Sabe:
Sabe Leer:	Si:	No:	Sabe Escribir: Si: No:
<b>OCUPACIÓN DEL PACIENTE:</b>			
Empleado actualmente	Si:	No:	Desempleado:
Trabajador de la Salud	Si:	No:	
<b>LUGAR DE TRABAJO O ESTUDIO:</b>			
<b>DIRECCION TRABAJO / ESTUDIO:</b>			
<b>Teléfono Trabajo/estudio:</b>			
EPS:	Contributivo:	Subsidiado:	
Excepción:	Especial:	PNA:	
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:</b>			
Número Habitaciones:	Hacinamiento	Si:	No: Observación (cuando la respuesta es SI)
Iluminación Natural:	Si:	No:	Ventilación Si: No:
Iluminación Artificial:	Si:	No:	N° Convivientes:
Higiene	Si:	No:	Agua Potable Si: No: Luz Si: No:
<b>MATERIAL DE LA VIVIENDA</b>			
Lata:	Adobe:	Madera:	
Techo en Plancha:	Cartón:	Techo teja:	
Piso en tierra:	Piso en cemento:	Piso en baldosa:	
Exposición a Humo de leña:	Pared en adobe:	Pared estucada:	
Exposición a fumadores	Si:	NO:	
Fumador	Si:	NO:	
Difícil acceso:	Si: No:	Transporte Lejano:	Si: No: Alto tráfico vehículos: Si: No: Problemas de Seguridad: Si: No:
Mascotas	Si: No:	Número:	Cuales:
Vacunados:	Si:	No:	No sabe:
Vectores	Si: No:	Disposición basuras	Si: No: Roedores Si: No:
Fecha de inicio síntomas:	Fecha 1ra consulta:	IPS:	
Fecha 2da Consulta:	IPS:	Fecha 3ra consulta:	IPS:

Fecha 4ta Consulta	IPS:	Otras consultas	Si:	No:
Consulta a farmaceuta:	Si:	No:	Automedicación	Si: No:
Observaciones adicionales:				
Hospitalización:	Si:	No:	Fecha:	Días de hospitalización:
Lugar de hospitalización:				
Dx de Hospitalización:				
<b>ENFERMEDAD ACTUAL:</b> 1. Relato del enfermo o informante 2. Indagar si la familia al inicio de los síntomas decidió consultar o esperó para hacerlo y describir retrasos. 3 y 4. Si el paciente es procedente del exterior incluir itinerario de viaje, actividades realizadas durante el viaje, ubicación en el avión, número y lugar de escalas etc.				





Perdida conciencia:	Mialgias:	Atrialgias:	Perdida movimiento:
Convulsiones:	Cefalea:	Postración:	Otro:
<b>Brote</b> (describa si tiene al momento de la visita o como lo describe el informante)			
Brote al momento de la visita	Si:	No:	Descripción del brote por el informante
			Si:
			No:

Descripción Brote:

Fecha inicio:	Días duración:	Prurito:	Si:	No:	Descamativo:	Si:	No:
<b>Factor de riesgo/comorbilidad</b>		<b>SI:</b>	<b>NO:</b>	<b>Fecha Dx/ Temporalidad (fecha aproximada)</b>			
Asma							
Enfermedad Respiratoria crónica							
Neurológica							
Inmunosupresión							
Enfermedad renal crónica							
Enfermedad cardíaca o cardiopatía							
Diabetes							
Obesidad							
Enfermedad Hepática crónica							
Embarazo							
Alcoholismo							
Otros							

**ANTECEDENTES PERINATALES (menores 5 años):**

Desnutrición primaria	Si:	No:	Desnutrición secundaria	Si:	No:
Prematuridad	Si:	No:	Bajo peso al nacer	Si:	No:
Enfermedad neuromuscular	Si:	No:	Hidrocefalia	Si:	no
Tuberculosis	Si:	No:	Displasia	Si:	no
Síndrome Down	Si:	No:	Edema cara/pies	Si:	No:
Piel seca/áspera/fría	Si:	No:	Delgado/enflaquecido	Si:	No:
La alimentación del menor es adecuada para la edad	Si:	No:			

Otros antecedentes (cuales):

Detección de maltrato	Si:	No:
Crecimiento y Desarrollo:	Si:	No:
Nivel educativo del padre:	IPS:	
Semanas de gestación N°:	Nivel educativo de la madre:	
	Producto embarazo N°:	

**Educación de la familia** ( El cuidador o familia había recibido educación sobre: señale con x)

Vacunas	Si:	No:	Alimentación	Si:	No:	Signos alarma	Si:	No:
Medidas de prevención inmunoprevenibles	Si:	No:	IRA	Si:	No:		Si:	No:
Desnutrición	Si:	No:						

**TRATAMIENTO RECIBIDO** (antecedentes de tratamiento para este evento y/o previo a consulta u hospitalización)

Antibiótico:	Si:	No:	Cual:	Fecha inicio:	Días:
Antivirales	Si:	No:	Cual:	Fecha inicio:	Días:

Cod. FO-SALU-218

**Formato**  
**FO-SALU Investigación epidemiológica de campo**



Versión. 1

Caso probable: Inmunoprevenibles - IRAG inusitada - muerte IRA- EDA, Desnutrición y Vectores

Otros: (relacionados con los síntomas)	Si:	No:	Cual:
--	-----	-----	-------

**Antecedentes familiares:**

Sintomáticos Respiratorios:	Si:	No:
-----------------------------	-----	-----

**EXAMEN FISICO:** (aplica si el enfermo se encuentra en la IEC)

Peso:	Talla:	IMC:	FC:	FR:	T°:
<b>SNC:</b>	Normal:	Anormal:			
<b>CABEZA Y CUELLO:</b>	Normal:	Anormal:			
<b>CARDIOPULMONAR:</b>	Normal:	Anormal:			
<b>ABDOMEN:</b>	Normal:	Anormal:			
<b>PIEL:</b>	Normal:	Anormal:			
<b>EXTREMIDADES:</b>	Normal:	Anormal:			

**OBSERVACIONES:**

Se identifica asociación epidemiológica con otro caso donde el paciente estuvo las últimas 2 semanas	Si:	No:
--	-----	-----

Asociación Escolar	Si:	No:	Asociación Laboral	Si:	No:
--------------------	-----	-----	--------------------	-----	-----

Donde:	Donde:
--------	--------

Otra asociación:	Donde:
------------------	--------

Cuantos enfermos se presentaron del caso antes de realizar visita:

Cumple definición de caso	Si:	No:
---------------------------	-----	-----

**CONFIGURACION CLINICA** (Datos clínicos que confirman o descartan el caso):

<b>Dx confirmado:</b>	<b>Dx descartado:</b>	<b>Dx pendiente:</b>
-----------------------	-----------------------	----------------------

**PLAN DE MANEJO**

Toma de muestra	Si:	No:
Fecha de toma de muestra:	Tipo de muestra:	
Se entrega Profilaxis:	Si:	No:
Se completa Esquema de Vacunación:	Si:	No:
Se inicia BAC:	Si:	No:
Se deja Instructivo de Educación:	Si:	No:
Otros:		

**GESTIÓN PENDIENTE:**

Fechas de infección: Según la enfermedad estudiada, anote en "período de transmisibilidad", la fecha cuando se ubique en un calendario dicha fecha y cuente hacia atrás el periodo mínimo de Transmisibilidad; anote dicha fecha en "MÍNIMO", y anote la fecha del período máximo de Transmisibilidad contando hacia adelante a partir de la fecha de inicio de síntomas. En "Período de exposición", anote en "MÍNIMO" la fecha del período mínimo de incubación antes de la aparición de los síntomas y en "MÁXIMO" período máximo de incubación antes de la aparición de los síntomas.

Período de exposición (Según el período de incubación)					
Máximo(+)			Mínimo(-)		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Período de transmisibilidad								
Mínimo(-)			Inicio de síntomas			Máximo (+)		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Lugar de transmisión (De acuerdo con las fechas del período de incubación, donde probablemente contrajo la enfermedad?) Encerrar en un círculo:  
 1. Desconocido, 2. Guardería, hogar o jardín, 3. Escuela Colegio, 4. Universidad, 5. Hospital, 6. Familia, 7. Trabajo, 8. Cárcel, 9. Brigada militar, 10. Grupo de oración, 11. Otro. Cuál?

Asociación epidemiológica (Hay asociación con otro caso confirmado, probable, sospechoso?)  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO SABE \_\_\_\_\_  
 NOMBRE \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Es un caso relacionado con un brote (Hay varios casos de esta enfermedad conocidos) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO SABE \_\_\_\_\_  
 Está Notificado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO SABE \_\_\_\_\_  
 Lugar del brote \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_

No. Total contactos del caso expuestos en la Investigación epidemiológica de Campo completa para los eventos indicados (sumatoria de expuestos en el hogar, trabajo, escuela, etc.)

Nº total contactos del caso en el lugar de la visita (registrar todos los convivientes y otros contactos familiares o sociales que se identifiquen: sanos, enfermos, profilaxis, etc.)

INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO DE CONTACTOS  
 Registrar en este espacio los nombres de los contactos que se identifiquen en el lugar de la visita.

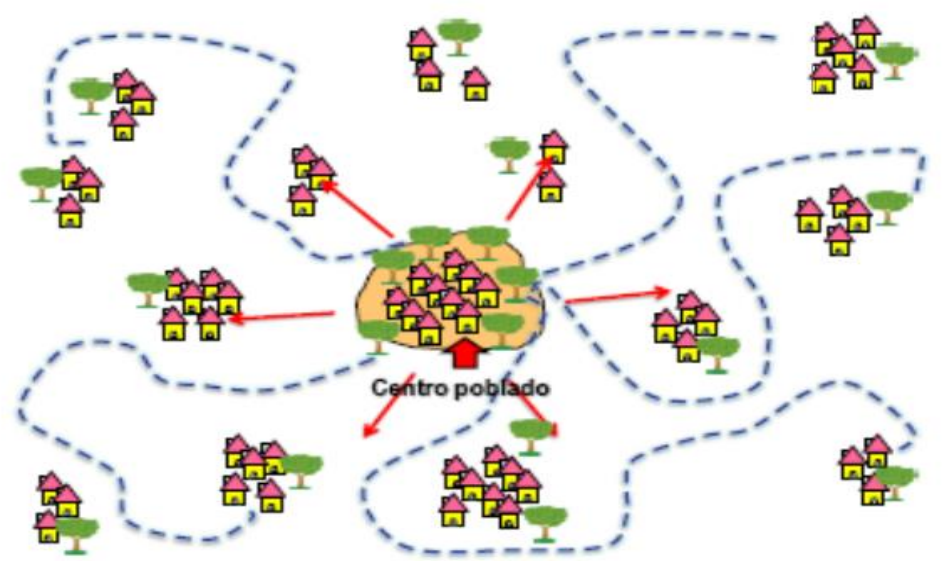
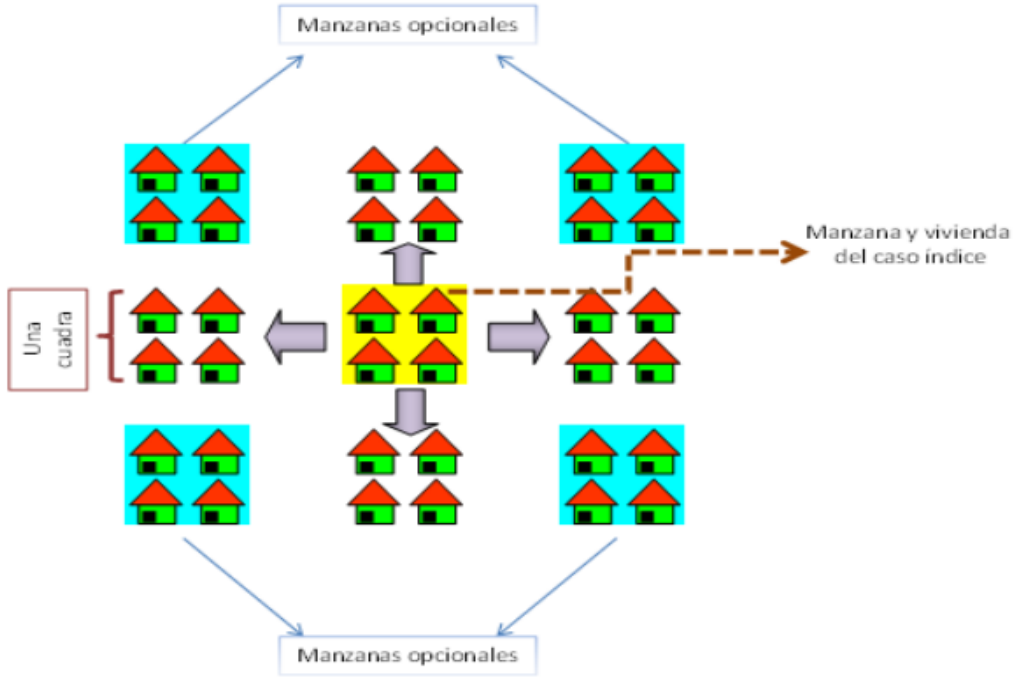
Nombre y apellidos de contactos cercanos al caso	Edad (Días, Meses; A-años)	Parentesco (familiar, escolar, laboral, social)	Vacunación previa de los contactos para la enfermedad investigada	Fecha vacunación última dosis	Historia previa de la enfermedad diagnosticada por médico SI (S) No (N) No sabe (NS)	Fecha diagnóstico de la enfermedad día/mes/año NA (No aplica)	Clasificación E: Enfermo Actual S: Susceptible I: Inmunidad natural, adquirida SD: Sin Dato-En Eventos no inmunoprevenibles registrar SANO/ ENFERMO	Gestante escriba No semanas	Sintomático respiratorio: SI/NO	MEDIDAS REALIZADAS CON CONTACTOS Quimioprofilaxis (Nombre del medicamento y dosis)	Laboratorio a consultar (cuál prueba se ordenó a la IEC)
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											

\* En eventos no inmunoprevenibles favor registrar si el expuesto se encuentra sano o enfermo

ACCIONES DE CONTROL:  
BUSQUEDAS ACTIVAS COMUNITARIAS









## ACCIONES DE CONTROL: BUSQUEDAS ACTIVAS COMUNITARIAS

Acción de obligatorio cumplimiento, desarrollada alrededor de la casa, índice de un evento de interés en salud pública que puede ser propagable.

El tamaño de las manzanas a ser monitoreadas depende de las coberturas de vacunación y la presencia de casos sospechosos; varía entre 1 y 9 manzanas

En esta actividad se evalúan riesgos en salud como:

- Criaderos para dengue
- Sintomáticos respiratorios y febriles
- Gestantes sin control prenatal
- Menores sin identificación
- Antecedentes de vacunación y otros relacionados con la patología en estudio.

Incluye la remisión de casos sospechosos al servicio de salud para su estudio y tratamiento, gestión del riesgo identificado, toma de muestras y vacunas requeridas.

Esta actividad es realizada por auxiliares de enfermería o técnicos en salud pública.











## OBSERVACIONES A LA BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA



Alcaldía de Medellín  
Secretaría de Bienestar Social

NOMBRE DEL CASO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

BARRIO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA 1º DÍA: \_\_\_\_\_

RESPONSABLES: \_\_\_\_\_

FECHA 2º DÍA: \_\_\_\_\_

RESPONSABLES: \_\_\_\_\_

FECHA 3º DÍA: \_\_\_\_\_

RESPONSABLES: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_





# CONSOLIDADO - BARRIDO



Alcaldía de Medellín

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ FECHA: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CASO: \_\_\_\_\_ TOTAL CASAS EFECTIVAS/RECORRIDAS: \_\_\_\_\_ CARNÉ: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ PORQUE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ BARRIO / VEREDA: \_\_\_\_\_

INTEGRANTES: 1. \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ Rm \_\_\_\_\_ Bk \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ Rm \_\_\_\_\_ Bk \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ Rm \_\_\_\_\_ Bk \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ Rm \_\_\_\_\_ Bk \_\_\_\_\_

BIOLÓGICO	BCG	POLIO INYECTADO	POLIO ORAL	PENTAVALENTE	ROTAVIRUS	NEUMOCOCO	INFLUENZA NIÑOS	TRIPLE VIRAL S.R.P.	FIEBRE AMARILLA	HEPATITIS A	VARICELA	D.P.T.	HEPATITIS B	TD PEDIÁTRICO	SARAMPIÓN RUBEOLA	V.P.H.	T.d	D.P.T. ACELULAR	INFLUENZA ADULTOS	JERINGA No. 22	JERINGA No. 23	JERINGA No. 25	JERINGA No. 26	JERINGA 5 ML
PRIMERA																								
SEGUNDA																								
TERCERA																								
PRIMER REFUERZO																								
SEGUNDO REFUERZO																								
DOSIS ÚNICA																								
APLICADAS																								
PERDIDAS																								
ENTRAN																								

ADÉMÁS DE LAS VACUNAS APLICADAS EN ESTE BAC TAMBIÉN APLICÓ EN:

- OTRO BAC: SI  NO
- EN UN BROTE: SI  NO
- EN VISITA DOMICILIARIA: SI  NO

503100250

Contrato 3041 de 2015 - LICENCIARIA BERNIA S.A. NIT. 511.004.043 4 POR: 920 5850 MEDELLIN

## REGISTRO PARA BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA - GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA



**Alcaldía de Medellín**

NOMBRE DEL CASO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
 BARRIO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_ DÍA Nº \_\_\_\_\_ RESPONSABLES: \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

DATOS BÁSICOS							VIVIENDAS NO EFECTIVAS		POBLACIÓN ATENDIDA				REMISIÓN DEMANDA INDUCIDA	POBLACIÓN QUE NO SE PUEDE VACUNAR O ATENDER EN LA BAC					TOMA MUESTRA	SINTOMÁTICOS					REMISIÓN AL MÉDICO		TOTAL PACIENTES SR CON ORDEN DE BK										
HOJA	Nº VIVIENDA	DIRECCIÓN	NOMBRE ENTREVISTADO Y/O VACUNADO	SEGURIDAD SOCIAL	TELÉFONO	NO ABREN O NO ATIENDEN	VACIA	TOTAL CONVYENTES	POBLACIÓN YA VACUNADA	POBLACIÓN A VACUNAR	Nº EMBARAZADAS	SINTOMÁTICOS PARA DEMANDA INDUCIDA	NOMBRE DEL PROGRAMA	≤ 1 MES DE VACUNACIÓN	EMBARAZADAS	AUSENTES	ENFERMOS	RENUENTES	SI	NO	FIEBRE	BROTE	TOS	OTROS CRITERIOS DE SARAMPION / RUBIOLA	EXPECTORACIÓN	MIALGIAS / ARTRALGIAS		CEFALEA	RETROOCULAR	MANIFESTACIONES PNEUMONICAS	OTROS S Y S (DESCRIBIR LOS)	NOMBRE PATOLOGÍA SOSPECHADA	SI	NO			





**Visita de asesoría y asistencia técnica a laboratorios:** a laboratorios que procesan muestras para Micobacterias par capacitación y asistencia técnica en toma, recepción y procesamiento de muestras, elementos de bioseguridad, control de calidad, sistemas de información y vigilancia epidemiológica.



**Visitas de adherencia psicosocial y Mesas psicosociales:** Visitas domiciliarias a pacientes inadherentes para verificar las causas también condiciones psicosociales para activar rutas de atención y garantizar la toma regular y completa de los medicamentos.

Se trabaja con Pastoral social, universidades, personal psicosocial de las IPS, comunidad, etc.



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**



## ***Estrategia ACTB (Administración en casa de tratamiento básico de TB):***

42 pacientes reciben diariamente el tratamiento por parte de dos auxiliares de enfermería que se transportan en motocicleta a la residencia de los pacientes que por situaciones como movilidad reducida, dificultades económicas, barreras sociales, población carcelaria (casa por cárcel), pos quirúrgicos, oxígeno dependientes, etc no pueden asistir diariamente a la toma supervisada de los medicamentos.



***Estrategia de pares comunitarios:*** Personas de la comunidad que viven cerca de pacientes con dificultades para acudir diariamente a la toma supervisada de medicamentos. Seleccionadas por psicóloga y entrenadas en aspectos básicos de registro y efectos adversos. Bajo el control semanal de una auxiliar de enfermería.





Se realiza visita por médico, enfermera, auxiliar de enfermería y/o técnico en salud pública para confirmar el brote, caracterizarlos e intervenirlos.

Esta acción incluye:

- Toma de muestras
- Aislamientos o cuarentenas
- Educación.
- Suministro de medicamentos y profilaxis
- Aplicación de vacunas.



[...] La razón más importante para investigar un brote de cualquier enfermedad, es que la(s) fuente (s) de exposición a la infección pueden continuar presentes; por lo que al identificar la fuente de infección se puede prevenir la aparición de casos adicionales [...]



**Exige una respuesta inmediata y una intervención oportuna, por lo cual debe ejecutarse de manera rápida y técnicamente sólida**



**VI. COPIA DEL CARNÉ DE VACUNACIÓN DEL CASO INVESTIGADO:**

No presenta carné

IPS donde fue vacunado:

No se obtiene información:  No Aplica:

DESCRIPCIÓN DEL BIOLÓGICO	DOSIS Y FECHA DE VACUNAS DEL CASO INVESTIGADO (Registrar biológicos no incluidos en el PAI si el paciente la tiene y está relacionada con el evento estudiado)																	
	DOSIS RN			1ª DOSIS			2ª DOSIS			3ª DOSIS			1º REFUERZO			2º REFUERZO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
BCG																		
ANTIPOLIOMIELÍTICA																		
ANTIHEPATITIS B																		
PENTAVALENTE																		
DPT																		
SRP																		
ANTIAMARÍLICA																		
ANTIHAEMOPHILUS INFLZ TIPO B																		
INFLUENZA (ANTIGRI PAL)																		
HEPATITIS A																		
ANTIVARICELA																		
ANTIMENINGOCÓCCICA																		
OTRA - CUAL																		

**VII. MUESTRAS DE LABORATORIO AL CASO Y/O CONTACTOS INVESTIGADOS**

Nombre del caso (índice con toma de muestra)	Nombre de muestra	Fecha toma	Laboratorio de remisión	Resultado
Nombre del contacto con toma muestra	Nombre de muestra	Fecha toma	Laboratorio de remisión	Resultado

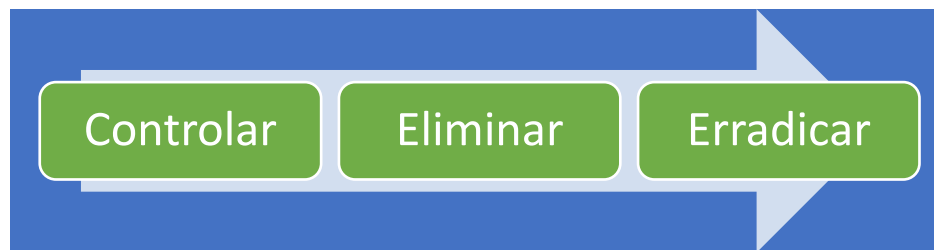
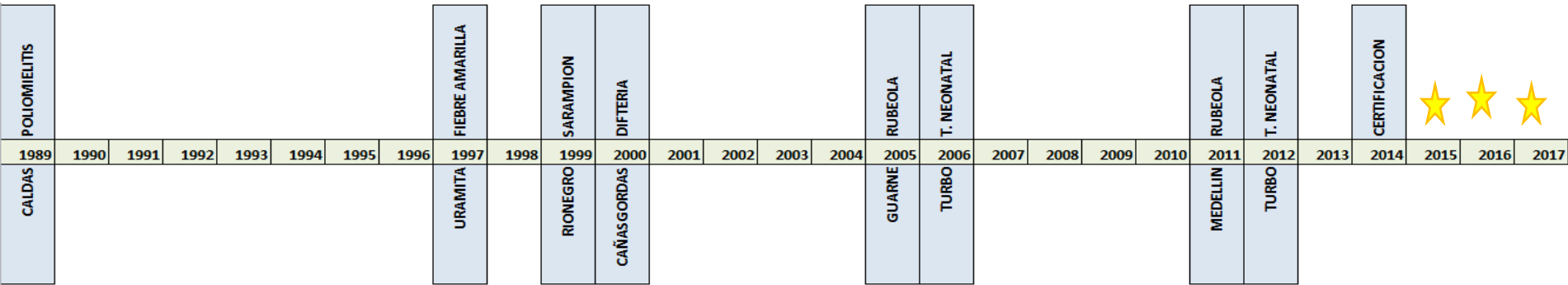
**VIII. SIGNOS Y SÍNTOMAS PRESENTADOS EN LOS CASOS**

Sintomatología	Nº de casos con sintomatología	% en relación al total de enfermos
Fiebre		
Brote		
Adenopatias		
Tos		
Coriza-rinorrea		
Conjuntivitis		
Ictericia		
Signos Meningeos		

**IX. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN TOMADAS**

CON EL CASO	
Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Hospitalizado <input type="checkbox"/>
CON LA INSTITUCIÓN	
Cuarentena <input type="checkbox"/>	Desescolarización <input type="checkbox"/>

# Vigilancia Epidemiológica de Eventos en Erradicación y Eliminación: Mantener los Logros





HACIA DONDE IR?





## HACIA DONDE IR?

De registrar...	a proteger
De reaccionar...	a anticipar
De lo disperso...	a lo integrado
De describir...	a interpretar
De lo individual....	a lo grupal
De lo vertical....	a lo horizontal
Del trabajo adicional...	al trabajo esencial













**¡Muchas  
Gracias!**

[rita.almanza@medellin.gov.co](mailto:rita.almanza@medellin.gov.co)