

FICHA 155

PRO. CA MAMA Y CUELLO UTERINO

- Este evento se define como caso confirmado.
- Notificación obligatoria y semanal de todos los casos confirmados por biopsia.

Tabla N°2. Definición operativa de los eventos

TIPO DE CASO	CARACTERÍSTICAS DE LA CLASIFICACIÓN
Caso confirmado por Histopatología de Mama (BIOPSIA).	Hombre o Mujer con diagnóstico de cáncer de mama (carcinoma ductal in situ, lobulillar o infiltrante) confirmado por biopsia de acuerdo con la clasificación CIE 10 – C50,0 – C50,9
Caso confirmado por Histopatología de Cuello Uterino (BIOPSIA).	Mujer con diagnóstico de cáncer de cuello uterino (carcinoma de células escamosas, adenocarcinomas o mixtos) confirmado por biopsia de acuerdo con la clasificación CIE 10 – C53 – C55

CIE- 10: Clasificación internacional de enfermedades, capítulo II para neoplasias - tumor maligno de mama y cuello del útero (45).





ADEMÁS: Se realizara la *búsqueda activa institucional* por parte de las UPGD, por periodo epidemiológico a partir de fuentes de RIPS que deberá incluir los códigos CIE-10 de diagnósticos de tumor maligno de mama y cuello del útero, para garantizar la notificación del 100% de los casos al Sivigila.



VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO COD INS 155

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1299/09

Definición de caso:
Cáncer de mama: Mujer u hombre con diagnóstico de carcinoma ductal in situ, lobulillar in situ o carcinoma infiltrante por biopsia de acuerdo con la clasificación C8-10* C 50.0-C50.9
Cáncer de cuello uterino: Mujer con diagnóstico de LEI AG (NIC II displasia moderada, NIC III displasia severa) y carcinoma in situ, carcinoma infiltrante o anatómico en células glandulares por biopsia de acuerdo con el sistema Bethesda 2001 y la codificación C8 10* C 53.0-53.9.

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS FOR-R02.0000-009 V:00 AÑO 2016

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
-------------------------------------	----------------	-----------------------------

5. INFORMACIÓN CLÍNICA

5.1. Tipo de cáncer

1. CA Mama 2. CA Cuello uterino 3. Ambos

5.2. Examen de confirmación diagnóstica de cáncer de mama

5.2.1 Fecha de procedimiento (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

5.2.2 Fecha resultado (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

5.2.3. Resultado biopsia 1. Carcinoma ductal 2. Carcinoma lobulillar

5.2.3.1 Grado histológico 1. In-situ 2. Infiltrante 3. No indicado

5.2.3.2 Clasificación CIE-10: 1. C 50 2. C 50.1 3. C 50.2 4. C 50.3 5. C50.4
 6. C 50.5 7. C 50.6 8. C 50.8 9. C 50.9

5.3. Examen histológico de confirmación diagnóstica de cáncer de cuello uterino

5.3.1 Fecha de toma de muestra (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

5.3.2. Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

5.3.3 Biopsia de escocervix y zona de transformación
 1. Si 2. No

5.3.3.1 Resultado biopsia de escocervix 1. LEI AG 2. Carcinoma escamocelular

Grado histológico: 1. In-situ 2. Infiltrante 3. No indicado

5.3.4 Biopsia de endocervix 1. Si 2. No

5.3.4.1 Resultado biopsia endocervix

Adenocarcinoma 1. positivo 2. Negativo

Grado histológico: 1. In-situ 2. Infiltrante 3. No indicado

5.3.4.2 Clasificación CIE-10: 1. C 53 2. C 53.0 3. C 53.1 4. C 53.8 5. C 53.9 6. C 54 7. C 54.0 8. C 54.1 9. C 54.2 10. C54.3 11. C54.8 12. C 54.9 13. C 55

5.4. Seguimiento

5.4.1. Tratamiento inicial del tumor 1. Si 2. No

Seleccione uno o varios de los tipos de tratamiento

Fecha de inicio del tratamiento (dd/mm/aaaa)

5.4.1.1. Tipo de tratamiento
 Radioterapia Hormonoterapia
 Quirúrgico Cuidados paliativos
 Quimioterapia Inmunoterapia

--	--	--	--	--	--	--	--





FICHA 202

PRO. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- CASO CONFIRMADO: Casos en los que se observa un deterioro clínicamente significativo asociado al consumo y que se manifiesta por la presencia de al menos dos de los siguientes hechos en los últimos doce meses.
- Notificación semanal.



- A. Consumo en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto
- B. Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
- C. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
- D. Deseo o necesidad de consumir la sustancia.
- E. Consumo recurrente de sustancias psicoactivas que lleva al incumplimiento de sus obligaciones.
- F. Problemas sociales o interpersonales relacionados con el consumo
- G. Problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo
- H. Desarrollo de tolerancia a los efectos de la sustancia
- I. Consumo de la sustancia en situaciones en que implica un riesgo físico.
- J. Síndrome de abstinencia



Seguimiento al consumo de sustancias psicoactivas inyectadas Código INS: 202

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACION CON DATOS BÁSICOS FOR-R02.0000-068 V:00 AÑO 2018

A. Nombre y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID		

5. DATOS DE CONSUMO

5.1. ¿A qué edad inició el consumo de drogas?

5.2. ¿Con cuál droga inició el consumo?

<input type="radio"/> 1. Tranquilizantes sin prescripción médica	<input type="radio"/> 8. Besuco	<input type="radio"/> 15. Hongos, Yagé o Cacao sabanero
<input type="radio"/> 2. Estimulantes sin prescripción médica	<input type="radio"/> 9. Éxtasis - MDMA	<input type="radio"/> 16. Ketamina
<input type="radio"/> 3. Sustancias inhalables	<input type="radio"/> 10. Heroína	<input type="radio"/> 17. Bebidas energizantes
<input type="radio"/> 4. Alcohol	<input type="radio"/> 11. Metanfemina	<input type="radio"/> 18. GHB (o éxtasis líquido)
<input type="radio"/> 5. Tabaco	<input type="radio"/> 12. Metadona sin prescripción médica	<input type="radio"/> 19. 2 CB
<input type="radio"/> 6. Marihuana	<input type="radio"/> 13. Analgésicos opioides sin prescripción médica	<input type="radio"/> 20. Otras drogas
<input type="radio"/> 7. Cocaína	<input type="radio"/> 14. LSD	

5.3. ¿A qué edad inició el consumo de drogas por vía inyectada?

5.4. ¿Con cuál droga inició el consumo por vía inyectada?

<input type="radio"/> 1. Tranquilizantes sin prescripción médica	<input type="radio"/> 8. Besuco	<input type="radio"/> 15. Hongos, Yagé o Cacao sabanero
<input type="radio"/> 2. Estimulantes sin prescripción médica	<input type="radio"/> 9. Éxtasis - MDMA	<input type="radio"/> 16. Ketamina
<input type="radio"/> 3. Sustancias inhalables	<input type="radio"/> 10. Heroína	<input type="radio"/> 17. Bebidas energizantes
<input type="radio"/> 4. Alcohol	<input type="radio"/> 11. Metanfemina	<input type="radio"/> 18. GHB (o éxtasis líquido)
<input type="radio"/> 5. Tabaco	<input type="radio"/> 12. Metadona sin prescripción médica	<input type="radio"/> 19. 2 CB
<input type="radio"/> 6. Marihuana	<input type="radio"/> 13. Analgésicos opioides sin prescripción médica	<input type="radio"/> 20. Otras drogas
<input type="radio"/> 7. Cocaína	<input type="radio"/> 14. LSD	

5.5. ¿Cuál droga o drogas se inyecta actualmente?

	1. Si	2. No		1. Si	2. No
Tranquilizantes sin prescripción médica			Metadona sin prescripción médica		
Estimulantes sin prescripción médica			Analgésicos opioides sin prescripción médica		
Alcohol			LSD		
Cocaína			Ketamina		
Heroína			GHB (o éxtasis líquido)		
Metanfemina			Speedball (cocaína más heroína)		

5.8. ¿Con qué frecuencia ha usado drogas por vía inyectada?

<input type="radio"/> 1. Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="radio"/> 4. 1 a 2 veces diariamente
<input type="radio"/> 2. Algunas veces mensualmente	<input type="radio"/> 5. 3 a 4 veces diariamente
<input type="radio"/> 3. Algunas veces semanalmente	<input type="radio"/> 6. Más de 4 veces diariamente

6. CONDUCTAS DE RIESGO

	1. Si	2. No
¿Ha compartido material utilizado en la inyección? (jeringas, filtro, cucharas, agua, torrijuetes)		
¿Ha tenido relaciones sexuales sin preservativo cuando consume drogas por vía inyectada o a causa del consumo de drogas por vía inyectada?		
¿Ha tenido sobredosis por uso de drogas inyectadas en el último año?		
¿Ha tenido sobredosis por uso de drogas inyectadas en el último mes?		

CASO SOSPECHOSO	CASO CONFIRMADO POR CLINICA	CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO
<p>Grupo de riesgo con fiebre mayor a 38°C, artralgia grave o artritis de comienzo agudo y exantema.</p>	<p><u>Todos los casos.</u> Fiebre > 38°C Artralgia grave o artritis Exantema. ESTOS NO SE CONFIRMAN POR LABORATORIO. SE CONFIRMAN POR NEXO EPIDEMIOLOGICO</p>	<p>Casos sospechosos con resultado positivo de aislamiento viral o IgM</p>



Periodicidad en la notificación de casos de chikunguña, Colombia, 2016

Notificación	Responsabilidad
Notificación semanal	Los casos sospechosos y confirmados de chikunguña deben notificarse semanalmente de acuerdo con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
Inmediata individual	Todos los casos de muerte sospechosa por virus Chikungunya, serán notificados inmediatamente al sistema de Vigilancia e ingresaran como sospechosos.
Ajustes por periodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos sospechosos y la clasificación final de los casos se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.

OJO: NOTIFICACION INDIVIDUAL / NO COLECTIVA



Chikungunya. Código INS 217

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

FOR-R02.0000-068 V:00 AÑO 2016

A. Nombres y apellidos del paciente

B. Tipo de ID*

C. Número de identificación

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID

5. DATOS COMPLEMENTARIOS

5.1 Comorbilidades

(marque con una X las que se presenten)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Falla renal |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis crónica | <input type="checkbox"/> Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> Artritis | |
| <input type="checkbox"/> Artrosis | |

6. EN CASO DE MORTALIDAD POR CHIKUNGUNYA

6.1. Muestras (marque con una X las muestras tomadas)

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Bazo | <input type="checkbox"/> Cerebro | <input type="checkbox"/> Médula |
| <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Pulmón | <input type="checkbox"/> Miocardio | <input type="checkbox"/> Riñón |

PRO. DESNUTRICIÓN AGUDA EN < 5 AÑOS

Deficiencia de peso para altura (P/T).
Delgadez extrema. Resulta de una
pérdida de peso asociada con periodos
recientes de hambruna o enfermedad
que se desarrolla muy rápidamente y es
limitada en el tiempo. UNICEF



El indicador P/T: cuando al calcular o ubicar en la gráfica el puntaje o score Z para este indicador, éste se ubica por debajo de -2.0 desviación estándar (es decir, la clasificación corresponde peso bajo para la talla o desnutrición aguda o peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa).

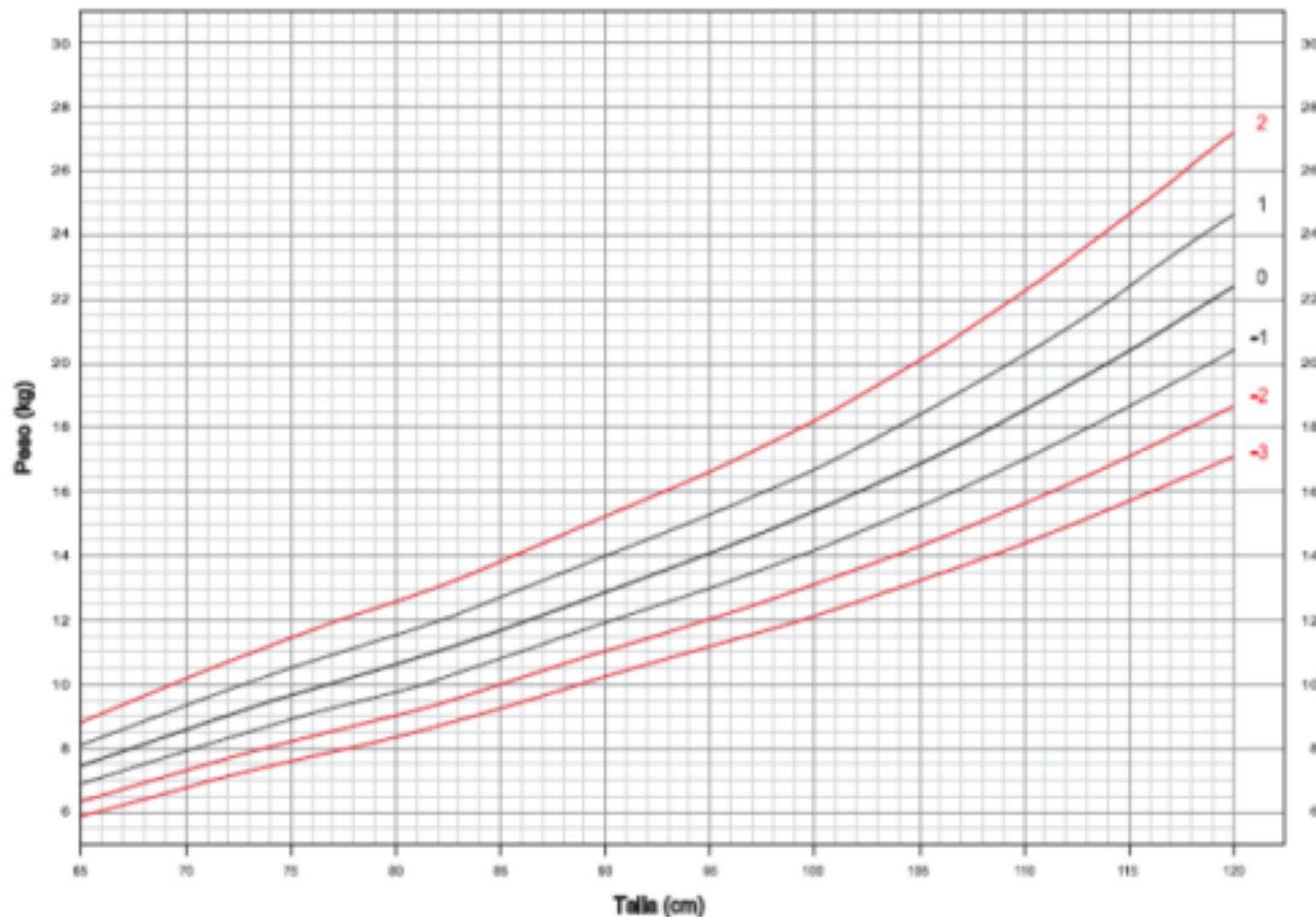
Estos indicadores se compararán e interpretarán con las tablas de referencia de los nuevos estándares de crecimiento de la OMS.





Peso para la talla

Niños de 2 a 5 años



Referencia OMS para la evaluación antropométrica de niños de 2 a 5 años, 2006 - 2007

Niños de 2 a 5 años

CATEGORIAS

Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de delgadez o emaciación moderada.

Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador está por debajo de -3DE, puede acompañarse de emaciación, hiporexia e irritabilidad

Marasmo: se caracteriza por la atrofia severa de la masa muscular y grasa, los cuales el cuerpo ha utilizado como fuente de energía dejando “los huesos forrados”

Kwashiorkor: se caracteriza por la presencia de edema bilateral (suele comenzar en miembros inferiores), el peso corporal se encuentra enmascarado por el edema, puede estar acompañado de erupciones en la piel y cambios en el color del pelo (signo bandera).



Signos Clínicos:

Edema: en miembros inferiores, manos o cara

Emaciación:
Enflaquecimiento de tórax, brazos, muslos o cara (mejillas hundidas), delgadez visible.

Lesiones dermatológicas:
Piel reseca, áspera y fría,
Fisuras lineales en sitios de flexión, Hipo o hiperpigmentación de la piel,
Labios fisurados o sangrantes.

Lesiones en cabello:
delgado, seco, que se cae fácil o de varios tonos (signo de bandera): café, rojizo, pálido.

Anemia detectada por palidez palmar.



Estos signos pueden acompañarse de alguno o varios de los siguientes signos complementarios:

Apatía,
irritabilidad,

Retardo
psicomotor,

Inapetencia,

Lengua
enrojecida o de
color violeta,

Mucosas muy
rojas e hipertrofia
o atrofia de la
papilas

Hipotensión y
hepatomegalia.





- Notificación inmediata de casos desnutrición aguda en menores de 5 años de edad.
- Ficha de datos básicos y complementarios a través del SIVIGILA.



Desnutrición aguda en menores de 5 años código INS 113

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS FOR-R02.0000-045 V:00 AÑO 2016

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID		

5. DATOS DE LA MADRE O CUIDADOR

5.1 Primer nombre	5.2 Segundo nombre	5.3 Primer apellido	5.4 Segundo apellido
5.5 Tipo de ID*	5.6 Número de identificación	5.7 Nivel educativo de la madre o cuidador <input type="radio"/> 1. Primaria <input type="radio"/> 2. Secundaria <input type="radio"/> 3. Técnica <input type="radio"/> 4. Universitaria <input type="radio"/> 5. Ninguno	
5.8 Estrato socioeconómico <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	5.9 Número niños < 5 años <input type="text"/> <input type="text"/>		

6. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES

6.1 Peso al nacer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	6.2 Talla al nacer <input type="text"/> <input type="text"/> cm	6.3 Edad gestacional al nacer <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	6.4 Tiempo que recibió leche materna <input type="text"/> <input type="text"/> meses
6.5 Edad inicio alimentación complementaria <input type="text"/> <input type="text"/>	6.6 Inscrito a crecimiento y desarrollo <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	6.7 ¿Esquema de vacunación completo a la edad? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. desconocido	6.7.1 Referido por carné de vacunación <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
6.8 Peso actual <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg	6.9 Talla actual <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	6.10 Circunferencia media del brazo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	

7. SIGNOS CLÍNICOS

7.1 ¿Edema? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	7.2 ¿desnutrición emaciación o delgadez visible? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	7.3 ¿Piel reseca o áspera? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	7.4 ¿Hipo o hiperpigmentación de la piel? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
7.5 ¿Lesiones del cabello? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No		7.6 ¿Anemia detectada por palidez palmar o de mucosas? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	

8. RUTA DE ATENCIÓN

8.1 Activación ruta de atención <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	8.2 Tipo de atención suministrada <input type="radio"/> 1. Intrahospitalaria <input type="radio"/> 2. Comunitaria	8.3 Días hospitalización <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	8.4 ¿Recibe tratamiento terapéutico? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
8.5 ¿Recibe seguimiento domiciliario? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No		8.6 Visita Inefectiva <input type="radio"/> 1. Dirección Incorrecta <input type="radio"/> 2. No se encontró a la familia <input type="radio"/> 3. Pertenece a otro departamento	



PRO. INTENTO DE SUICIDIO

- **CASO CONFIRMADO:** Conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

- La principal fuente de información para la vigilancia del evento, serán los servicios de urgencias.
- Diligenciar ficha de datos básicos y complementarios.
- Notificación inmediata.
- Remitir a psicología.
- Seguimiento: A más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso.



Intento de suicidio Código INS: 356

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACION CON DATOS BÁSICOS FOR-R02.0000-064 V:00 AÑO 2018

Nombres y apellidos del paciente*	Tipo de ID*	Número de identificación*
<small>*RD : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANA CE : CÉDULA EXTRANJERA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID</small>		

5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

6.1. ¿Asiste solo? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No		Nombre del acompañante _____
6.2. Parentesco <input type="radio"/> 1. Padre <input type="radio"/> 2. Madre <input type="radio"/> 3. Hermano(a) <input type="radio"/> 4. Espos(a) <input type="radio"/> 5. Hijo(a) <input type="radio"/> 6. Amigo(a) <input type="radio"/> 7. Otro		
6.2.1. ¿Cuál otro parentesco? _____		
6.3. Intentos previos <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	6.3.1. Número de intentos previos <input type="radio"/> 1. 1 vez <input type="radio"/> 2. 2 veces <input type="radio"/> 3. 3 veces <input type="radio"/> 4. Más de 3 veces <input type="radio"/> 99. Sin dato	

6. FACTORES ASOCIADOS

Seleccione una o más opciones de la siguiente lista

<input type="checkbox"/> Problemas económicos, legales o sociales recientes <input type="checkbox"/> Conflictos recientes con la pareja <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica, dolorosa o discapacitante <input type="checkbox"/> Síntomas depresivos <input type="checkbox"/> Consumo de SPA <input type="checkbox"/> Víctima violencia <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> Antecedente personal de trastorno psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Pérdida de lazos afectivos <input type="checkbox"/> Historia familiar de conducta suicida <input type="checkbox"/> Otros síntomas psiquiátricos <input type="checkbox"/> Ideación suicida persistente <input type="checkbox"/> Pacto suicida <input type="checkbox"/> Asociado antecedentes de abuso sexual <input type="checkbox"/> Enfermedad grave en un familiar <input type="checkbox"/> Asociado a antecedentes de violencia intrafamiliar
--	--

7. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS

<input type="checkbox"/> Trastorno depresivo <input type="checkbox"/> Abuso de SPA <input type="checkbox"/> Otros trastornos afectivos <input type="checkbox"/> Trastornos bipolares <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Otros trastornos psiquiátricos ¿Cuál? _____
--

8. MECANISMO

<input type="checkbox"/> Ahorcamiento <input type="checkbox"/> Arma corto punzante <input type="checkbox"/> Lanzamiento al vacío <input type="checkbox"/> Lanzamiento a vehículo <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____

9. COMPROMISO VITAL 1. Bajo 2. Medio 3. Alto

10. RIESGO ALTO 1. Si 2. No

11. REMISIÓN A SALUD MENTAL

11.1. ¿El paciente debe ser remitido a salud mental? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	11.1.1. Servicio al que se remite <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Trabajo social
--	--

FICHA 453

PRO. LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS

Las Lesiones de Causa Externa (LCE) son definidas como el **daño o lesión en una persona en forma intencional o de manera no intencional**. Esta lesión o daño puede originarse por un **traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes**, etc. puede ser mortal (lesión fatal) o no conducir a la muerte (lesión no fatal) .



PRO. LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS

- **CASO CONFIRMADO:** Persona que presente lesión o muerte como resultado de consumo de producto, accidente de tránsito o relacionados con un procedimiento estético.
- **CASO SOSPECHOSO:** Persona que presente lesión o muerte como resultado de exposición laboral en menores de 18 años de edad.



Lesiones de causa externa Código INS: 453

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACION CON DATOS BÁSICOS FOR-R02.0000-057 V:00 AÑO 2015

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
*RO: REGISTRO CIVIL TI: TARJETA IDENTIDAD CO: CÉDULA CIUDADANA CE: CÉDULA EXTRANJERA PA: PASAPORTE MS: MENOR SIN ID AS: ADULTO SIN ID		

6. LESION DE CAUSA EXTERNA OCASIONADA POR:

1. Productos de consumo
 2. Exposición laboral en menores de 18 años
 3. Accidentes de tránsito
 4. Procedimientos estéticos

8. TIPO DE LESIÓN (Selecione una o varias de las siguientes opciones)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asfixia o ahogamiento | <input type="checkbox"/> Choque eléctrico, electrocución | <input type="checkbox"/> Intoxicación, alergias | <input type="checkbox"/> Necrosis |
| <input type="checkbox"/> Estrangulamiento, sofocación | <input type="checkbox"/> Fractura, esguince y luxación | <input type="checkbox"/> Infección | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> Herida, laceración, cortes | <input type="checkbox"/> Politraumatismo | <input type="checkbox"/> Sepsis | <input type="checkbox"/> Depresión respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Trauma leve, aplastamiento, aprisionamiento | <input type="checkbox"/> Amputación o enucleación | <input type="checkbox"/> Perforación | |
| | <input type="checkbox"/> Quemaduras | <input type="checkbox"/> Hemorragia | |

7. PARTE DEL CUERPO AFECTADA (Selecione una o varias de las siguientes opciones)

- | | | | | | |
|---------------------------------|--|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cráneo | <input type="checkbox"/> Orejas | <input type="checkbox"/> Antebrazo | <input type="checkbox"/> Tórax posterior | <input type="checkbox"/> Genitales | <input type="checkbox"/> Dedos de los pies |
| <input type="checkbox"/> Cara | <input type="checkbox"/> Boca- Dientes | <input type="checkbox"/> Mano | <input type="checkbox"/> Mamas | <input type="checkbox"/> Muslos | <input type="checkbox"/> Órganos internos |
| <input type="checkbox"/> Ojos | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Dedos de la mano | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Piernas | <input type="checkbox"/> Piel |
| <input type="checkbox"/> Nariz | <input type="checkbox"/> Brazo | <input type="checkbox"/> Tórax anterior | <input type="checkbox"/> Pélvis - Perineo | <input type="checkbox"/> Pies | |

8. ELEMENTO QUE OCASIONÓ LA LESION (Selecione una o varias de las siguientes opciones)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Máquina, equipo eléctrico o motor | <input type="checkbox"/> Vestimenta, accesorios y calzado | <input type="checkbox"/> Equipos deportivos y de ocio | <input type="checkbox"/> Aparatología de uso estético |
| <input type="checkbox"/> Medios de transporte | <input type="checkbox"/> Útiles escolares | <input type="checkbox"/> Electrónicos, equipos audiovisuales y computadores | <input type="checkbox"/> Equipos biomédicos |
| <input type="checkbox"/> Herramientas manuales o utensilios | <input type="checkbox"/> Equipos domésticos de combustión para cocina o de calefacción | <input type="checkbox"/> Lesión por cuerpo extraño | |
| <input type="checkbox"/> Materiales (sustancias) | <input type="checkbox"/> Utensilios para comedor o cocina | <input type="checkbox"/> Belleza, cuidado personal e higiene | |
| <input type="checkbox"/> Animales | <input type="checkbox"/> Accesorios o elementos infantiles | <input type="checkbox"/> Medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> Juguetes y juegos | <input type="checkbox"/> Accesorios para automóviles | | |
| <input type="checkbox"/> Electrodomésticos y de iluminación | | | |

8. LUGAR DE OCURRENCIA DEL EVENTO (Selecione una o varias de las siguientes opciones)

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Parque | <input type="checkbox"/> Zona de comercio | |
| <input type="checkbox"/> Colegio - Jardín | <input type="checkbox"/> Mina cielo abierto | <input type="checkbox"/> Zona de cultivo | <input type="checkbox"/> IPS |
| <input type="checkbox"/> Avenida principal | <input type="checkbox"/> Mina subterránea | <input type="checkbox"/> Centro de estética | |
| <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Industria | <input type="checkbox"/> SPA | |

10. CONDICIONES ESPECIALES (Selecione una o varias de las siguientes opciones)

- Producto no dirigido a ese grupo de población 1. Si 2. No
- Número de procedimientos quirúrgicos que se realizaron de manera simultánea 1. 2. 3. Más de 3.
- Tipo de profesional que desarrolló el procedimiento estético: 1. Profesional de la salud 2. Cirujano plástico 3. Médico esteticista 4. Médico especialista
- Hospitalización 1. Si 2. No UCI 1. Si 2. No

Correos: siviigila@ins.gov.co / ins.siviigila@gmail.com



Lesiones por causas externas

Productos de consumo.
CONFIRMADO

Accidentes de tránsito.
CONFIRMADO

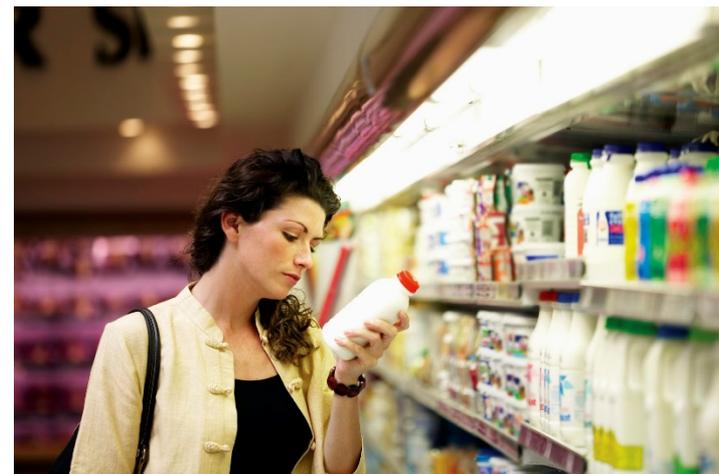
Procedimientos estéticos.
CONFIRMADO

Exposición laboral en < 18 años.
SOSPECHOSO

- Notificación individual semanal.
- Búsqueda activa institucional mensual de casos (RUAF – RIPS).
- Notificar todos los eventos que cumplan con la definición de caso confirmado y sospechoso.



PRODUCTOS DE CONSUMO: "Un producto se considera seguro cuando en situaciones normales de utilización, teniendo en cuenta la duración, la información que se le suministra según las normas que lo rige, su procedencia, la puesta en servicio, instalación y mantenimiento, no presenta riesgos irrazonables para la salud o integridad de los consumidores. En caso de que el producto no cumpla con requisitos de seguridad establecidos en reglamentos técnicos o medidas sanitarias, se presumirá inseguro. (Ley 1480 de 2011)" Definición protocolo de evento.



EXPOSICION LABORAL EN MENOR DE 18 AÑOS: "Toda actividad económica realizada por Niños, Niñas y adolescente, por debajo de la edad mínima requerida por la legislación nacional vigente de un país para incorporarse a un empleo, o por menores de 18 años, y que interfiera con su escolarización, se realice en ambientes peligrosos, o se lleve a cabo en condiciones que afecten a su desarrollo psicológico, físico, social y moral, inmediato o futuro". (OIT)



ACCIDENTES DE TRANSITO:

"Evento, generalmente involuntario, generado al menos por un vehículo en movimiento, que causa daños a personas y bienes involucrados en él e igualmente afecta la normal circulación de los vehículos que se movilizan por la vía o vías comprendidas en el lugar o dentro de la zona de influencia del hecho" (Ley 769 de 2002, Código Nacional de Transito).



PROCEDIMIENTOS ESTETICOS: "Los procedimientos no quirúrgicos (prácticas de embellecimiento corporal y procedimientos invasivos medicina estética). En cuanto a los quirúrgicos se encuentran (cirugía estética y cirugías plástica reconstructivas)." Protocolo del evento.



PRO. ZIKA

1.CASO SOSPECHOSO: Grupo de riesgo (<1 año, gestantes y >65 años) y que presente **EXANTEMA CON TEMPERATURA >37,2°** + uno de los siguientes síntomas:

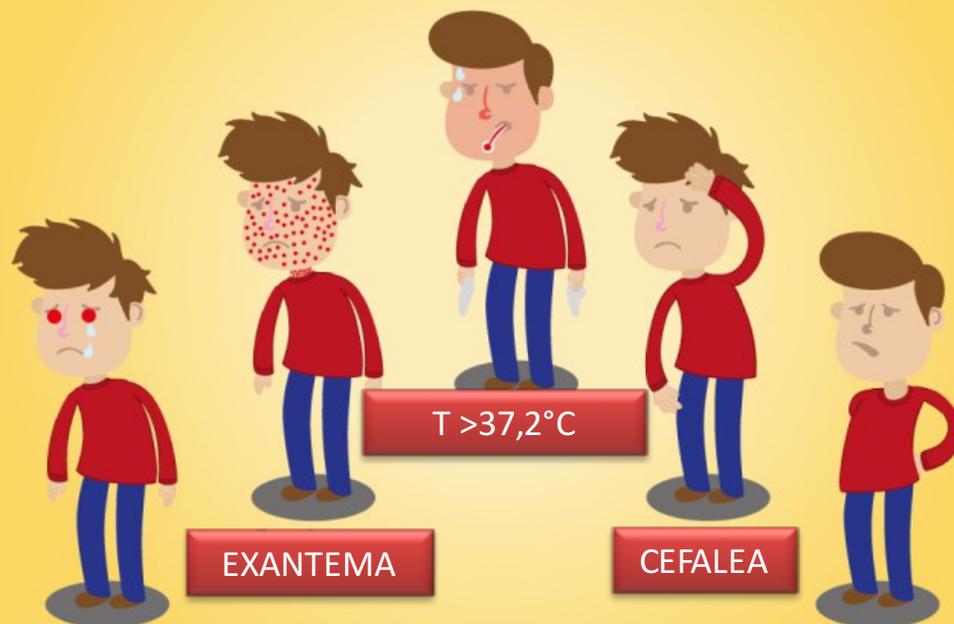
- Conjuntivitis no purulenta
- Artralgias
- Mialgias
- Cefalea y malestar general

2.CASO CONFIRMADO POR CLINICA: Persona que haya estado en los últimos 15 días en área de circulación endémica con exantema y T° 37,2 + 1 de los items.

3.CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO: Caso sospechoso con resultado positivo para ZIKV por RT-PCR ZIKV.



Sintomas del ZIKA



T >37,2°C

EXANTEMA

CEFALEA

CONJUNTIVITIS NO
BACTERIANA

ARTRALGIAS/MIALGIAS



FICHA 895

Escenarios epidemiológicos y tipo de población para la detección de la circulación del ZIKV, y confirmación de casos por laboratorio

Escenarios epidemiológicos y tipo de población	Muestra de sangre	Tipo de caso al ingreso al SIVIGILA	Ajuste según resultados de laboratorio
Población a riesgo* sin importar si hay o no transmisión confirmada por laboratorio de ZIKV en el municipio de ocurrencia	Si	Sospechoso	Confirmado (laboratorio o clínica) o descartado
Población general procedente del extranjero	Si	Sospechoso	Confirmado o descartado
Población en zonas de riesgo en municipios con confirmación de circulación viral por laboratorio de ZIKV	No	Confirmado por clínica	No aplica
Población en zonas de riesgo, en municipios sin confirmación de circulación viral por laboratorio de ZIKV	Si**	Sospechoso	Confirmado o descartado

*Grupos de riesgo: gestantes en cualquier trimestre del embarazo, neonatos, menores de un año, mayores de 65 años y personas con co-morbilidades.

**Número de muestras: Según metodología establecida por el MSPS e INS (DVARSP, LNR Virología).



- Porcentaje de casos ZIKA Bucaramanga 2015-2016 semana 6: 212 – 29,78%.
- Casos por ciclos vitales y sexo a nivel departamental:
 - 14,9% (106) de los casos son menores de 15 años.
 - 35,7% de los casos son hombres.
 - 8,71% de los casos son adultos mayores.



OJO!!!

Todo caso sospechoso de ZIKV
solicitar laboratorios (aislamiento viral)
ANTES del 5 día de inicio de síntomas
ya que después se dificulta el
diagnostico.

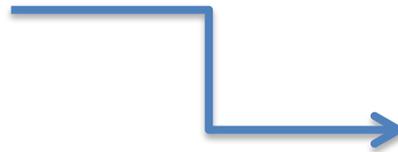
Subir a SIVIGILA como
Individual/Notificación semanal.



Los casos que cuenten con PCR-RT positiva para ZIKA deben ingresar al Sivigila como “confirmados por laboratorio”.

Los casos que procedan de municipios con circulación viral confirmada se notificarán al sistema como “confirmados por clínica”.

Los casos que procedan de municipios SIN TRANSMISIÓN VIRAL CONFIRMADA ingresarán al sistema como “sospechosos” y una vez se confirme la circulación del virus en dicho territorio o se cuente con un resultado individual positivo para ZIKA, se deben ajustar en el aplicativo de forma inmediata como confirmado por clínica o por laboratorio



Municipios a mas de 2200msnm:
Malaga,
maracavita,
vetas, guaca,
cerrito.



GESTANTES



- Ficha 895 Zika
- Ficha de datos básicos la variable 2.20 “Grupo poblacional: gestante”.
- **TODA GESTANTE CON DX DE ZIKA EN HOSPITALIZACIÓN DEBE ESTAR CON TOLDILLO .**



DEFECTOS CONGENITOS



- Todo producto de la gestación (aborto, interrupción voluntaria, mortinato y nacidos vivos), **HASTA LOS 12 MESES DE EDAD Y QUE PRESENTEN UN DEFECTO CONGENITO** r/c alteración del SNC ocurrido durante la gestación y que cumpla con la definición de caso **notificar SEMANAL con el código 215.**
- Estudios genéticos y cito-geneticos / necropsia clínica decreto 0786 de 1990.



Diagnostico por laboratorio de enfermedad por ZIKV y otros diagnósticos diferenciales, en productos de la gestación con evidencia de malformaciones del Sistema Nervioso Central.

- En RN toma de muestra de tejido de cordón umbilical del lado placentario (recolectada tras el pinzamiento), muestra debe ser de 1cc x 1cc por cada uno de sus ejes y almacenarse en frasco estéril con SSN y en condiciones de refrigeración. (con técnica igual para tamizaje de hipotiroidismo neonatal).
- Muestra de suero.
- Envió a laboratorio.



Muerte perinatal o neonatal tardía atribuible a la infección del ZIKV en el embarazo.

- Notificación inmediata.
- Ficha 560 y certificado de defunción.
- Necropsia clínica del feto con su placenta o neonato.
- HC e informe de autopsia con descripción macroscópica de los defectos congénitos identificados. (fotos)
- Documentar causa de muerte.



Zika. Código INS 895

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1296/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

FOR-R02.0000-065 V:01 AÑO 2016

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
<small>*RC: REGISTRO CIVIL TI: TARJETA IDENTIDAD CC: CÉDULA CIUDADANÍA CE: CÉDULA EXTRANJERÍA PA: PASAPORTE MS: MENOR SIN ID AS: ADULTO SIN ID</small>		

5. DATOS COMPLEMENTARIOS

5.1. ¿Tiene complicaciones de tipo neurológico? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	5.1.1. Fecha de inicio del síndrome neurológico (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5.1.2. Tipo de complicación neurológica Código CIE 10 <input type="text"/> Descripción del diagnóstico: _____	
5.2. ¿Desplazamientos en los últimos 30 días? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	Municipio/Departamento/País de desplazamiento _____
5.3. ¿Se realizó unidad de análisis del caso de síndrome neurológico? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Pendiente	5.3.1. Resultado unidad de análisis para síndrome neurológico por Zika <input type="radio"/> 1. Confirmado <input type="radio"/> 2. Descartado <input type="radio"/> 3. Pendiente

6. INFORMACIÓN DE LA GESTANTE CON ZIKA

6.1 Fecha de la última menstruación <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6.2 ¿Se le realizó la primera ecografía a la gestante? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	6.2.1 Fecha de la primera ecografía obstétrica <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.2.2 Edad gestacional de la primera ecografía obstétrica <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas	6.3 ¿Se encuentra en seguimiento por la EAPB? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Pendiente	

7. INFORMACIÓN DEL PRODUCTO DE LA GESTANTE CON ZIKA

7.1 ¿La gestante terminó el embarazo? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	7.1.1 Fecha de terminación del embarazo <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7.2 Condición final del producto <input type="radio"/> 1. Aborto <input type="radio"/> 2. Muerte perinatal <input type="radio"/> 3. Nacido vivo
7.3 Perímetro cefálico <input type="text"/> <input type="text"/> Centímetros	7.4 ¿Se realizó autopsia clínica? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	7.5 ¿Hay presencia de defectos congénitos? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
7.6 ¿Se tomó muestra de suero? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	7.7 ¿Se tomó muestra de cordón umbilical? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	



NOTIFICACIÓN COLECTIVA

350 Enfermedad transmitida por alimentos o agua ETA
(Brote)

353 IAD (Infecciones asociadas a dispositivos) .

354 CAB (Infecciones asociadas al consumo de
antibióticos) ⚡ *P. PROTOCOLO*



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

Los eventos objeto de vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) serán:

Infecciones
Asociadas a
Dispositivos (IAD)

Infecciones
Asociadas a
Procedimientos
Médico Quirúrgicos

Consumo de
antibióticos (CAB)

Resistencia
bacteriana (RB)

Brotos



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

La notificación de IAAS (IAD) y CAB correspondiente a 2016 se realizara exclusivamente en la plataforma SIVIGILA por las UPGD a todos los niveles dentro de los 15 días calendario siguientes al mes a notificar siguiendo los flujos y procedimientos establecidos de manera rutinaria.

Los ajustes a la información notificada deben ser realizados dentro de las cuatro (4) semanas siguientes. La vigilancia de IAD y CAB funcionara de manera permanente con una recolección y **notificación colectiva mensual** de los datos en la herramienta dispuesta para tal fin y de acuerdo con lo estipulado en el respectivo protocolo del evento.

