 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE VARICELA</b>  INT-R02.002.4020-025	Página 1 de 15
		Versión N° 00
Elaborado por: <b>Grupo de vigilancia y control de enfermedades transmisibles (Eventos inmunoprevenibles)</b> Fecha: 25 de Septiembre 2009	Revisado por: <b>Coordinador grupo de eventos inmunoprevenibles</b> Fecha: 25 de Septiembre 2009	Aprobado por: <b>Dr. Víctor Hugo Álvarez</b> <b>Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública</b> Fecha: 25 de Septiembre 2009

## 1. OBJETIVOS

### 1.1. Objetivo general

Intensificar la vigilancia en salud pública de la varicela con el fin de realizar la identificación oportuna de casos para la toma de medidas de control que contribuyan a disminuir la incidencia de la enfermedad.

### 1.2 Objetivos específicos

- Realizar la notificación de todos los casos confirmados de varicela.
- Orientar las medidas de control que deben adelantarse frente a un caso confirmado de varicela.
- Identificar y cortar cadenas de transmisión.

## 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 varicela, a nivel 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. CONDICIONES GENERALES: N/A

6. MATERIALES Y REACTIVOS: N/A

7. EQUIPOS: N/A

#### 8. CONTENIDO

##### 8.1. Importancia del evento

##### 8.1.1. Descripción del evento

##### Descripción de la enfermedad

La varicela es una enfermedad vírica aguda y generalizada altamente contagiosa, de comienzo repentino, con fiebre moderada, síntomas generales mínimos y una erupción cutánea de tipo maculopapular durante pocas horas y vesicular durante tres o cuatro días, que deja costras granulosas.

Las vesículas son monoculadas y se hunden al pincharlas, a diferencia de las de la viruela que son multiloculadas y no se hunden.

Las complicaciones de la varicela ocurren entre las personas inmunocomprometidas, neonatos, niños menos de un año de edad y adultos.

Las complicaciones se presentan en diferentes niveles:

- Sobre-infección bacteriana de lesiones cutáneas (*Streptococcus* beta hemolítico)
- Pulmón: neumonitis viral (fatal)
- Neurológicas: encefalitis, cerebelitis, meningitis, mielitis, síndrome de Guillain Barré, síndrome de Reye
- Varicela hemorrágica: vesículas con contenido hemorrágico
- Otros: miocarditis, pericarditis, hepatitis, nefritis

Con el marcado descenso en uso de salicilatos entre los niños con varicela, después de la publicación de la asociación entre salicilatos y síndrome de Reye, el síndrome se ha vuelto una complicación rara de esta enfermedad.

La varicela entre los infantes menores de un año de edad y entre los adultos tiende a ser más grave que entre los niños mayores de un año y es más probable que conlleve hospitalización. Los casos fatales en adultos sanos pueden ser 30-40 veces más altos que entre niños de 5 a 9 años.

Los infantes nacidos de mujeres que desarrollaron varicela durante los cinco días antes del parto y dos días después del mismo están en riesgo de varicela neonatal, que puede ser fatal. El síndrome de varicela congénita puede ocurrir en 0,4 a 2,0% de los infantes nacidos de mujeres infectadas con varicela durante las primeras 20 semanas de la gestación. Las características de síndrome de varicela congénita incluyen hipoplasia de una extremidad, anomalías de piel, encefalitis, microcefalia, anomalías oculares, retraso mental y peso bajo al nacer.

Aspecto	Descripción
<b>Agente etiológico</b>	La varicela es la infección primaria causada por el virus Varicela-Zoster (VZ), que es miembro del grupo de <i>Herpesvirus</i> .
<b>Modo de transmisión</b>	La transmisión ocurre de persona a persona por contacto directo con pacientes con varicela o lesiones de zoster, por dispersión aérea de secreciones respiratorias y por líquido de las vesículas en caso de herpes zoster; indirectamente, por objetos recién contaminados por secreciones de las vesículas y las membranas mucosas de las personas infectadas. El hacinamiento y la población de comunidades cerradas son, entre otros, los principales factores de riesgo de propagación.
<b>Período de incubación</b>	El periodo de la incubación para la varicela es 10 - 21 días, generalmente entre 14-16 días.
<b>Período de transmisibilidad</b>	Dura hasta cinco días, pero generalmente es de uno a dos días antes del comienzo del exantema de varicela, y persiste hasta que todas las lesiones están encostradas; sin embargo, el contagio puede durar hasta el quinto día después del inicio de las lesiones. En los pacientes inmunocomprometidos con varicela progresiva, probablemente el periodo de transmisibilidad sea durante todo el tiempo de erupción de nuevas lesiones. Este virus es muy infeccioso y produce infección secundaria en contactos cercanos susceptibles en proporción cercana al 90%.
<b>Susceptibilidad</b>	Toda persona que no haya enfermado previamente por el virus y se traslade a áreas endémicas.
<b>Reservorio</b>	Los humanos son la única fuente de infección.

Aspecto	Descripción
<b>Inmunidad</b>	La inmunidad que sigue a la infección de varicela generalmente es de larga duración; sin embargo, segundos episodios de infección por este virus raramente ocurren entre personas inmunológicamente normales. El virus de VZ también es capaz de permanecer en un estado latente en tejido del nervio humano y puede reactivarse en aproximadamente el 15% de las personas infectadas produciendo herpes zoster, que usualmente se presenta como un salpullido vesicular con dolor y prurito en una distribución dermatomal.

### 8.1.2. Caracterización epidemiológica

La infección con el virus del herpes humano (alfa) 3 es casi mundial. En climas templados, como mínimo 90% de la población ha tenido varicela antes de los 15 días de edad y por lo menos 95% en los comienzos de la vida adulta. En las zonas templadas la prevalencia de varicela es mayor en el invierno y en los comienzos de la primavera. Las características epidemiológicas de la varicela en países tropicales son distintas de las que aparecen en climas templados, en los que mayor proporción de casos se observa en adultos.

La varicela afecta a los niños principalmente, aproximadamente el 90% de los casos ocurre antes de 10 años de edad. Las proporciones más altas de enfermedad están entre niños de 5 a 9 años, seguidos estrechamente por niños de 1 a 4 años. Algunos estudios recientes han informado la proporción más alta de enfermedad en la edad preescolar, que puede asociarse con una tendencia hacia la asistencia más temprana al jardín infantil.

Aunque más de seis millones de dosis de vacuna se han administrado desde la aprobación de la vacuna con virus vivos atenuados de varicela en los Estados Unidos durante 1995, el impacto de vacunación en la incidencia de la enfermedad todavía debe documentarse en los ámbitos nacional y estatal. Actualmente continúan presentándose millones de casos de varicela por año. Hay, además, un estimado de 4.000 a 9.000 hospitalizaciones cada año por varicela y sus complicaciones, y 100 a 125 muertes anuales por varicela como causa subyacente.

La tasa global de letalidad en los Estados Unidos es menor en los niños que en los adultos. De cada 100.000 niños con varicela (de 5 a 9 años de edad, que es el riesgo más bajo), uno morirá debido a la enfermedad en comparación con un adulto por cada 5.000 afectados.

En Colombia, el número de casos notificados de varicela del 2001 al 2008 fue de 375.404, con un promedio de 41.711 por año, con un mínimo de 29.115 casos en el 2001 y un máximo de 69.695 casos en el 2007. El mayor incremento se dio del 2006 al 2007 con 33,05% más casos notificados en el 2007 frente al 2006 (17.324).

Con respecto al comportamiento de la notificación, de acuerdo a los grupos de edad, el grupo más afectado es el de 15 a 44 años, seguido por el de 15 a 44 años, en tercer lugar de 1 a 4 años, luego el de 45 a 64 años y por último el grupo de mayores de 65 años.

## 8.2. Estrategia

La vigilancia de este evento se realiza a través de vigilancia pasiva que incluye lo siguiente:

- Notificación semanal de todo caso confirmado.
- Investigación oportuna después de la notificación.
- Orientación de las medidas de control.

## 8.3. Información y configuración del caso

### 8.3.1. Definición operativa de caso

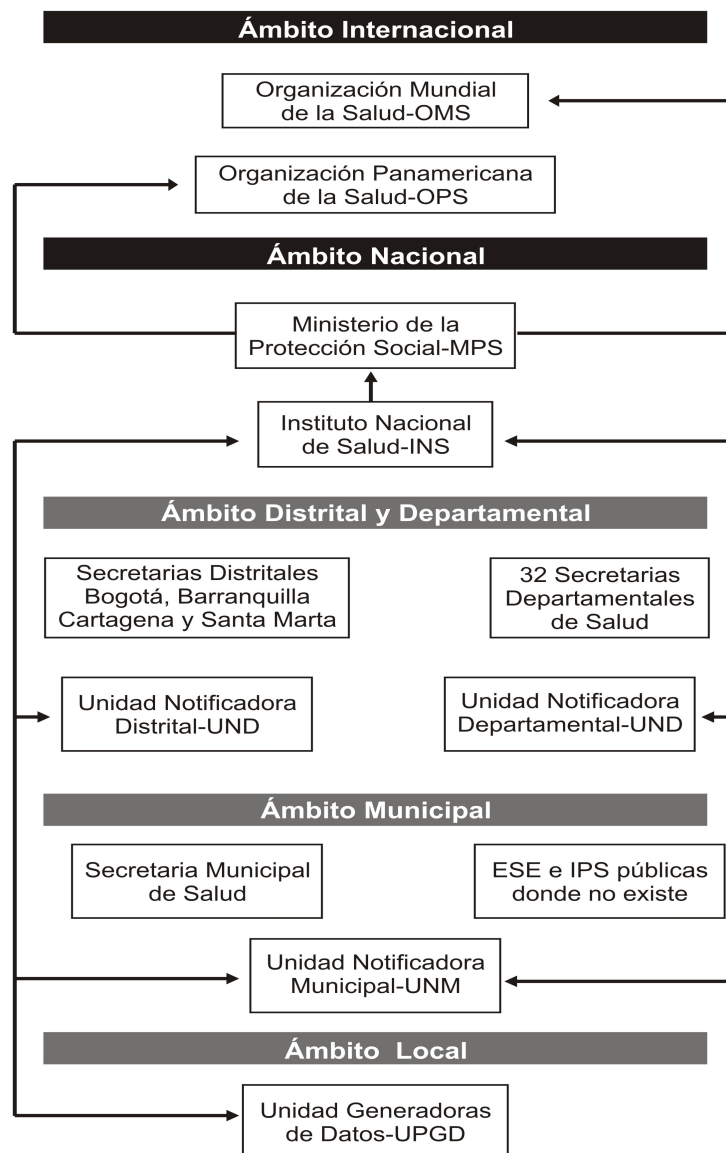
Una enfermedad de inicio agudo con *rash* papulovesicular generalizado, sin otra causa aparente, poca o ninguna fiebre y presencia de prurito en las lesiones, las cuales evolucionan de máculas a pápulas, vesículas que en el centro forman costras semejantes a un ojo de pescado.

### Clasificación de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado clínicamente	Todo caso que llena los criterios de la definición clínica, evaluado por un profesional de salud competente para hacer diagnóstico y con nexo epidemiológico con un caso confirmado.

## 8.4. Proceso de vigilancia

### 8.4.1. Flujo de la información



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

#### 8.4.2. Notificación

Notificación	Responsabilidad
<b>Notificación semanal</b>	Los casos individuales y brotes de varicela 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.

La unidad primaria de generación de datos (IPS, centros y puestos de salud, laboratorios, asociaciones de profesionales y profesionales independientes) reportará a la dirección local de salud los casos diagnosticados como varicela por la entidad (morbilidad).

La dirección local de salud reportará a la dirección departamental de salud sobre la presencia de casos confirmados de varicela por grupos de edad y estado final.

La dirección departamental de salud reportará a la nación, a través del Sivigila, sobre la presencia de casos confirmados de varicela por municipio de procedencia, grupos de edad y estado final.

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo. Las siguientes 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 a los criterios establecidos en el protocolo.
- Recolectar las variables mínimas en relación con el caso.
- Transferir los datos básicos al municipio en los plazos y formatos definidos y en ausencia de eventos, realizar la notificación negativa en los mismos plazos y formatos.
- Solicitar las pruebas de laboratorio requeridas para el diagnóstico y clasificación de los casos.

- 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. En este proceso, la comunidad, de acuerdo con sus posibilidades, podrá informar al municipio/ localidad o a las unidades primarias generadoras de datos, la aparición de casos sospechosos de alguno de los eventos incluidos.

Las unidades notificadoras municipales (UNM), una vez consolidada y analizada la información para el desarrollo de las acciones respectivas, remitirán con periodicidad semanal en los formatos y estructura establecidos, la información de sus UPGD a la unidad notificadora departamental o distrital (UND) correspondiente, para que éstas a su vez adelanten el análisis respectivo y desarrollen las acciones complementarias requeridas.

La notificación de los departamentos y distritos a la nación (Instituto Nacional de Salud) se hará teniendo en cuenta los siguientes criterios.

- La notificación de la presencia de casos de todos los eventos incluidos deberá ser semanal y contener la información mínima requerida, de acuerdo con el instrumento diseñado para tal fin, conservando su denominación y estructura.
- Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de la Protección Social.
- Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.



De acuerdo a lo anterior, la información deberá fluir de forma oportuna y constante entre las dependencias de salud pública existentes en cada entidad territorial y la red de laboratorios del país.

### **8.5. Análisis de los datos**

El análisis de la información relacionada con la varicela se basa en los siguientes aspectos.

- El análisis de los registros rutinarios de consulta y hospitalización de los años anteriores es útil para establecer el índice endémico de la enfermedad y lograr su adecuado seguimiento a través de la vigilancia.
- Para monitorear la tendencia de la enfermedad es necesario establecer la tasa de ataque general y las específicas por grupos de edad y sexo; estos cálculos permiten detectar grupos de mayor riesgo que deben ser intervenidos precozmente.
- La ubicación geográfica de casos permite determinar zonas de mayor incidencia o agrupamiento de casos, lo cual es indispensable para focalizar las acciones de control.
- Haciendo uso de las tasas de ataque específicas y la ubicación geográfica es posible construir mapas de riesgo para la varicela en el municipio y estimar la magnitud de la población expuesta.
- El análisis de los casos por presencia y tipo de complicación, de tal forma que se logre caracterizar el espectro de la enfermedad en la zona y ajustar las propuestas de manejo de casos.
- Monitorizar la letalidad general y específica por grupos de edad y sexo para establecer condiciones de riesgo que susceptibles de intervención para reducir la gravedad de la enfermedad.
- Analizar la proporción de casos confirmados por laboratorio; no se espera que esta sea muy alta, pero sí que exista confirmación serológica de algunos casos como estrategia de seguimiento de situaciones de brote. Este indicador permite monitorizar y perfeccionar la calidad de la vigilancia.
- La revisión de los registros rutinarios de consulta y hospitalización permite estimar la calidad del dato resultante de la vigilancia; es importante que el número de casos acumulados a través de la vigilancia sea superior al número de casos reportados por registros rutinarios.

#### **8.5.1. Indicadores**

Ver anexo indicadores MNL-R02.001.4010-003.

## 8.6. Orientación de la acción

### 8.6.1. Acciones Individuales

El sistema de vigilancia brindará información a los responsables de las acciones de prevención y control, que permita tomar decisiones ante la presencia de brotes, epidemias o casos aislados, así como establecer la fuente, la velocidad de transmisión de la enfermedad y las acciones pertinentes. Se recomiendan las siguientes medidas.

#### Investigación de caso

Es importante adicionar algunos conceptos para la configuración del caso que sirven para la definición de conductas en salud pública, entre ellos, se encuentran los siguientes.

- **Rash vacunal:** es un salpullido de varicela en un niño recientemente vacunado para esta entidad. Aproximadamente el 4% de los niños vacunados desarrolla un *rash* generalizado, con promedio de cinco lesiones, 5 a 26 días posvacunación u 8 a 19 días posvacunación. El salpullido puede ser de apariencia atípica (maculo-papular sin las vesículas).
- **Enfermedad de brecha:** se define como un caso de infección por varicela tipo salvaje que ocurre 42 días luego de la vacunación en una persona con historia documentada de aplicación de la vacuna. Tal enfermedad casi siempre es moderada, de duración corta y menos de 50 lesiones en la piel.
- **Transmisión secundaria:** se define como un caso de varicela que ocurre entre 1 a 3 periodos de incubación (10-63 días) después de la exposición a virus salvaje o de la vacuna.

Por las características clínicas y epidemiológicas de la varicela, es necesario tener en cuenta lo siguiente.

- No se requiere la realización de estudio de campo en todos los casos reportados.
- Es necesario captar para todo caso los datos de identificación y localización, de tal forma que sea posible hacer un seguimiento de la incidencia y detectar la presencia de brotes en un área específica.
- Es indispensable estudiar a profundidad todas las muertes por varicela y explorar tanto las condiciones de susceptibilidad del caso como las características del proceso de atención; identificar factores determinantes relacionados con los servicios es útil para evitar la aparición de nuevos casos.

- La identificación rápida del caso y el reporte rutinario para los casos sospechosos de varicela no se recomienda. Sin embargo, en ciertos escenarios de alto riesgo (como en hospitales y otros sitios de cuidado de la salud), la identificación rápida del caso y la acción de salud pública son importantes para prevenir infección de personas susceptibles con riesgo alto para las complicaciones serias de varicela, como personas inmunocomprometidas y mujeres embarazadas.
- Los casos deben ser aislados hasta que secan las vesículas, especialmente de las escuelas, consultorios médicos, salas de urgencias y sitios públicos. En el ámbito hospitalario es necesario el aislamiento estricto por el riesgo de infección de pacientes inmunosuprimidos susceptibles.
- Exclusión escolar o laboral
  - Sanos: desde 8º día hasta 21 días de exposición
  - Inmunosuprimidos: desde 7º día hasta 28 días de haber recibido IG-VZ
- Medidas de aislamiento en hospitalizados
  - Precauciones estándar
  - Precauciones aéreas
  - Precauciones de contacto

Debe realizarse desinfección concurrente del material contaminado con secreciones nasofaríngeas.

### 8.6.2. Acciones Colectivas

#### Manejo de contactos – inmunoglobulinas

El uso de inmunoglobulinas está indicado para la profilaxis pos-exposición de personas susceptibles que tienen en riesgo alto de desarrollar enfermedad grave. Es muy eficaz para modificar o evitar la enfermedad, siempre y cuando se aplique en las siguientes 96 horas pos-exposición (lo ideal es a las 48 horas).

La decisión para administrar inmunoglobulina a una persona expuesta debe basarse en las siguientes consideraciones.

- Si la persona es susceptible (inmunodeficiencias primarias o secundarias, esteroides/ inmunomodulares, trasplantes)
- Si es probable que la exposición produzca infección.
- Si el paciente está en un riesgo mayor de complicaciones que la población general.
- Recién nacidos cuyas madres desarrollen varicela cinco días antes del parto y hasta dos días después del mismo.
- Niños inmunocomprometidos.
- Mujeres embarazadas susceptibles.

- Recién nacidos prematuros hospitalizados con más de 28 semanas de gestación cuya madre tenga antecedentes negativos de varicela.
- Recién nacidos prematuros con menos de 28 semanas de gestación sin tener en cuenta la historia previa materna de varicela.

Cuando se tenga un paciente que cumpla con las indicaciones para la administración de inmunoglobulinas, debe ser remitido a su IPS para iniciar el tratamiento.

Se puede administrar aciclovir oral (80 mg/Kg./día x 7 días) si no se dispone de IGG-VZ

### **Inmunización**

La inmunización de la población actualmente no es factible dentro de las acciones de salud pública, ya que la vacuna no se incluye en el PAI; sin embargo, se deben realizar esfuerzos para informar a la población, (estudiantes y trabajadores de colegios, etc.) sobre la importancia de la enfermedad y la posibilidad de prevención a través de la vacuna. Deben proporcionarse materiales escritos sobre la enfermedad y las recomendaciones de vacunación para las personas susceptibles en alto riesgo, así como para las personas a su cargo y los profesionales de salud encargados de su cuidado

La vacunación para varicela está recomendada para prevenir brotes entre los pacientes y trabajadores de salud en hospitales; por esta razón, las instituciones pueden tener programas especiales para determinar si los empleados han tenido varicela en el pasado con base en pruebas serológicas; en caso de resultados negativos, se puede proporcionar la vacuna.

La eficacia de vacunación posterior a la exposición, controlando brotes en sitios cerrados más grandes como centros de cuidado de niños y escuelas, donde hay un potencial grande para fuentes múltiples de exposición, está siendo estudiada actualmente. Las personas que han estado expuestas pero que todavía no se han infectado, pueden ser protegidas para futuras exposiciones. Por esta razón, la vacunación de personas susceptibles debe recomendarse en estos escenarios.

### **Vacunación:**

#### **Sanos**

- > 12 meses de edad, dentro de 3-5 días post-exposición
- Expuestos nosocomiales
- Familiares de pacientes inmunosuprimidos
- Trabajadores de salud expuestos

#### **Personal de salud**

- Vacunación completa
- Si ocurre exposición y la vacunación es incompleta, deben recibir la segunda dosis en los 3 a 5 días siguientes a la exposición

- Si ocurre exposición con vacunación completa, debe haber monitorización durante 10-21 días
- Vacunación en brotes
  - La inmunización ofrece protección a los expuestos y puede acortar la duración del brote
  - Vacunar a todos los que tengan una o ninguna dosis
  - Excluir de la institución a los no vacunados

La vacunación está contraindicada en el embarazo y las mujeres deben evitar la gestación durante el mes siguiente a la aplicación del biológico.

### **Intervenciones a nivel colectivo**

El personal de salud, los familiares del paciente o quienes hayan tenido contacto con una persona infectada y en quienes se sospeche alto riesgo de infección o que tienen estrecha relación con personas de alto riesgo de complicaciones deben ser sometidas a cuarentena desde el décimo día luego de la exposición hasta el día 21 después de la misma.

Los trabajadores de la salud que son susceptibles a la varicela y hayan tenido contacto directo con un paciente con zoster activo, deben relevarse del contacto con pacientes durante el mismo periodo de tiempo considerado para la varicela.

Varios estudios han mostrado que la vacuna de varicela aplicada de 3 a 5 días luego de la exposición es eficaz en la prevención de casos secundarios de varicela entre los contactos susceptibles de la casa o el hospital.

## **9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Benenson, A. Manual para el Control de las Enfermedades Transmisibles. OPS. Publicación científica No.564. 1997.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Case definition for infectious conditions and public health surveillance. MMWR 1997; 46(No.RR-10).
3. Chin, J. El control de las Enfermedades Transmisibles. OPS. Publicación Científica y Técnica No. 581. 2001.
4. Faucy, A. Harrison Principios de Medicina Interna. McGraw Hill Interamericana. 1998.
5. Organización Mundial de la Salud . Mumps. [www.who.int](http://www.who.int). 2000.

## 10. CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DEL REGISTRO									
IDENTIFICACION		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

## 11. CONTROL DE REVISIONES

VERSION	FECHA APROBACION AA MM DD			RESPONSABLE APROBACION	MOTIVO DE CREACION O CAMBIO
00	09	07	01		

## 12. ANEXOS

### 12.1. Anexo 1. Ficha única de notificación de varicela

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