



**Protocolo de vigilancia
en salud pública**

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda

Código: 998

**Versión 07
Fecha 25 de junio de 2024**

Créditos

HELVER GUIOVANNI RUBIANO GARCIA
Director General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Elaboración Versión 05

EDNA CAROLINA ÁVILA VILLABONA
Grupo Enfermedades Prevenibles
por Vacunación y Relacionados con la Atención en Salud

Revisión

SANDRA LUCERO BONILLA MOLANO
Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles
por Vacunación y Relacionados con la Atención en Salud

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO
Subdirectora de prevención, vigilancia y control en salud pública
(Hasta 30 abril de 2024)

Aprobación

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de morbilidad por EDA versión 05. <https://doi.org/10.33610/TISY1209>

Tabla de contenido

1.	Introducción	4
1.1.1.	Situación epidemiológica mundial	4
1.1.2.	Situación epidemiológica en América	5
1.1.3.	Situación epidemiológica nacional	6
1.2.	Estado del arte	6
1.3.	Justificación de la vigilancia	9
1.4.	Usos y usuarios de la vigilancia para el evento	9
2.	Objetivos específicos	10
3.	Definición operativa de caso	10
4.	Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles	11
4.1.	Estrategias de vigilancia	11
3.1.1.	Vigilancia pasiva o rutinaria	11
3.1.2.	Vigilancia activa	11
3.1.3.	Vigilancia basada en comunidad (VBC)	11
4.2.	Responsabilidades por niveles	12
4.2.1.	Ministerio de Salud y Protección Social	12
4.2.2.	Instituto Nacional de Salud	13
4.2.3.	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	13
4.2.4.	Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	13
4.2.5.	Secretarías Municipales y Locales de Salud	14
4.2.6.	Unidades Primarias Generadoras de Datos	15
5.	Recolección, procesamiento de datos y flujos de información	15
5.1.	Periodicidad del reporte	15
5.2.	Periodicidad en ajustes y reportes	16
5.2.	Flujo de información	16
5.3.	Fuentes de información	16
6.	Análisis de información	17
6.1.	Procesamiento de datos	17
6.2.	Análisis rutinarios y comportamientos inusuales	17
6.3.	Análisis adicionales	18
7.	Orientación para la acción	18
7.1.	Acciones individuales	18
7.1.1.	Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)	18
7.2.	Acciones colectivas	19
7.2.1.	Información, educación y comunicación	19
7.2.2.	Búsqueda Activa Comunitaria	19
7.2.3.	Búsqueda Activa Institucional	20
7.3.	Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública	20
7.4.	Acciones de laboratorio	21
7.3.	Obtención de muestras para estudio por laboratorio	21
7.3.1.	Muestras biológicas	21
7.3.2.	Muestras ambientales	21
8.	Comunicación del riesgo	22
9.	Indicadores	22
10.	Referencias	24
11.	Control de revisiones	27
12.	Anexos	27

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad diarreica aguda (EDA) como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor a 14 días (1,2).

La EDA, es causada por una variedad de bacterias, virus y parásitos; sin embargo, a pesar de la gran carga de enfermedad causada por estos patógenos, la contribución global de agentes etiológicos específicos es en gran parte desconocida (2).

Se encuentran tres tipos clínicos de EDA, los cuales son:

1. Diarrea acuosa aguda: dura varias horas o días.
2. Diarrea con sangre aguda: (también llamada diarrea disintérica).
3. Diarrea persistente: dura 14 días o más (1,3).

Los principales síntomas son: diarrea, fiebre, malestar general y vomito. Dentro de las causas virales, la más importante es el rotavirus, asociada a aproximadamente 440 mil muertes anuales, de las cuales 82 % ocurren en las regiones con deficiencia en recursos económicos y problemas de salubridad más pobres del mundo (3). La mayoría de los pacientes que sufren episodios diarreicos cursan este cuadro sin complicaciones, por lo general, es un proceso que se resuelve en corto tiempo tomando medidas básicas; sin embargo, el 10 % de los niños requiere atención hospitalaria debido a complicaciones, principalmente como la deshidratación (3).

Las enfermedades diarreicas son una causa importante en la carga de morbilidad del mundo, tienen un impacto sustancialmente mayor en países y regiones de bajos ingresos

con mala calidad del agua, saneamiento y seguridad alimentaria y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminada (4).

Desde la visión de los determinantes sociales en la salud para prevenir la EDA, es necesario fortalecer los sistemas de saneamiento básico, los sistemas de salud y la cobertura sanitaria (4).

En Colombia, la EDA es un problema en salud pública, por ser una de las principales causas de muerte en menores de cinco años, por esta razón, es necesario contar con herramientas de vigilancia en salud pública para caracterizar el comportamiento de este evento y definir medidas de prevención y control.

1.1. Situación epidemiológica

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

Según la OMS, reporta que las enfermedades diarreicas provocan 760 000 mortalidades en niños menores de cinco años, siendo de esta manera, la segunda causa de muerte a nivel mundial, por otro lado, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2 500 millones presenta dificultades en el sistema de saneamiento básico, promoviendo a que esta patología sea más frecuente en países en desarrollo (1,4).

Desde el 2000, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) definió ocho Objetivos del Desarrollo para el Milenio (Objetivos del Milenio - ODM), la mortalidad infantil es un indicador del nivel del desarrollo social y el acceso de los sistemas de salud por esta razón, el objetivo 4, habla sobre disminuir y prevenir las muertes en menores de cinco años; los países deberán velar por la protección de la vida y la salud de los niños (5).

La OMS reportó 1 300 millones de episodios diarreicos al año en África, Asia y América Latina, de los cuales 4 millones fueron fallecidos; hasta el 70 % de estos decesos fueron debidos a cuadros severos de deshidratación, convirtiendo a esta complicación como la principal causa de defunción (1).

El estudio de carga global de enfermedad (Global Burden of Disease GBD) realizado en 2010 clasificó las enfermedades diarreicas en el cuarto lugar a nivel global, representando 3,6 % de la carga total de morbilidad; en niños menores de cinco años, la proporción fue del 5 % de la carga total de la enfermedad (6).

En 2019, la diarrea se clasificó como la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (DALYS por sus siglas en inglés) afectando a todas las edades con 3,2 (2,6 – 4,0 DALYS) (7).

Según varios estudios realizados en 2023, los autores mencionan que la desnutrición, deficiencias de inmunidad y el uso de antibióticos son factor de mayor riesgo para desarrollar una enfermedad diarreica aguda (8,9).

Uno de los agentes etiológicos predominantes para EDA es el rotavirus. Las vacunas contra los rotavirus disponibles actualmente son cepas de rotavirus vivas, orales y atenuadas de origen humano y/o animal que provocan una respuesta inmunitaria. El impacto de la vacunación es evidente a partir de la reducción del 40 % en la prevalencia del rotavirus tras la introducción de la vacuna, documentada por un análisis de datos de 69 países que participan en la Red Mundial de Vigilancia del Rotavirus. Es importante mencionar que la vacuna contra el rotavirus se debe incluirse en todos los programas nacionales de inmunización para generar impacto en la reducción de la enfermedad (10,11).

1.1.2. Situación epidemiológica en América

En América Latina, la incidencia de la enfermedad diarreica aguda se ha mantenido

relativamente constante en los últimos treinta años. Entre el 2005 y 2015, las tasas de mortalidad han sido inferiores a 20 casos por cada 100 000 habitantes en países como: Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Uruguay, sin embargo, Chile, Venezuela, Surinam y Guyana presentan aumento en la tasa de incidencia y mortalidad para EDA. Para Latinoamérica el porcentaje de DALYS por enfermedad diarreica aguda fue del 5,36 % (6).

En 2019, en el estudio de factores de riesgo y carga de enfermedad del instituto de métrica y salud, la diarrea aportó el 6,13 % del total de años perdidos por discapacidad (DAYLS) para Latinoamérica en niños menores de cinco años (7).

En la revisión de literatura de los países de América latina para EDA, en 2022, Brasil registró 1.200.000 casos, siendo los menores de un año los más afectados con una incidencia de 100.5 casos por cada 1.000 niños. Para este mismo año, Bolivia registró 120.000 casos para el evento y México notificó 258.322 casos, aunque presentó una tendencia a la disminución en menores de cinco años en comparación con años anteriores (12).

De acuerdo con el boletín epidemiológico No. 52 de 2023 de Argentina, menciona que en la Provincia del Chubut hasta la semana 49 de 2023 se realizaron 1 918 muestras en total, de las cuales 68 fueron positivas. Del total de las muestras positivas, el 65 % corresponde a diarreas bacterianas y un 35 % a diarreas virales. La mayor proporción de agentes etiológicos fue el Rotavirus y *Shigella flexneri*. Con respecto al canal endémico en la provincia de Salta se observa un ascenso en las notificaciones por diarreas con respecto a la semana anterior, ubicándose en la zona de alerta. Para los menores de cinco años en la provincia de Tucumán el canal endémico se mantuvo la mayor parte del año por zona de seguridad, sin ascensos epidémicos. Se realizaron acciones de control y verificación para la enfermedad (13).

De acuerdo con la notificación de casos para EDA en Perú, se observa un aumento en la tasa de incidencia para 2023 (SE 19) de 139,7 casos por 10 000 habitantes comparado con 2022 presentando una tasa de incidencia de 87,4 casos por 100 000. Del total de EDA el 98.5 % de los casos fueron EDA acuosa (465 635 casos) y 1.5 % son EDA disintérica (6931 casos). Se reportaron 23 muertes por esta enfermedad (14).

1.1.3. Situación epidemiológica nacional

En la infografía preliminar de 2023 del Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia permite analizar que hasta el período epidemiológico XIII se registraron 253 238 casos EDA (15).

Realizando la comparación de 2023 con años anteriores (2021 y 2022) se observa aumento para de 27,2 % (2021) y 5,2 % (2022). De acuerdo, con la tasa de incidencia de la EDA, durante 2018 y 2019 se mantuvieron entre 65 a 68 casos por cada 1 000 habitantes; entre el 2020 al 2022 se presentaron incidencias de 37 a 47 casos por cada 1 000 habitantes y para el 2023 es de 49 casos por cada 1 000 habitantes (15).

Para 2023, los grupos de edad que reportan una incidencia mayor a la nacional (49 casos por 1 000 habitantes) fueron los menores de 1 año con una tasa de incidencia de 136,9 casos por cada 1 000 habitantes, seguido del grupo de 1 a 4 años con una incidencia de 113,7 casos y los grupos de 25 a 29 años con una incidencia de 64,3 casos por 1 000 habitantes (15).

El sexo femenino fue el que más aportó a la presentación de esta enfermedad con el 50,5 % (1 349 071 casos). El 95,8 % de los casos fueron atendidos en consulta ambulatoria y el 4,2 % estuvieron hospitalizados (15).

Las entidades territoriales que presentaron tasas de notificación superior a la tasa nacional fueron Bogotá (86,3 casos por 1 000 habitantes), Quindío (63,3 casos por 1 000 habitantes), Antioquia (61,4 casos por 1 000 habitantes) y los municipios mayores de 100

000 habitantes que reportaron una incidencia mayor a la nacional son Chía, Cundinamarca (163,3 casos por 1 000 habitantes), Itagüí, Antioquia (133,6 casos por 1 000 habitantes) y Uribe, La Guajira (115,8 casos por 1 000 habitantes) (15).

1.2. Estado del arte

La diarrea puede ser infecciosa, no infecciosa o ser el síntoma de otra patología, por lo que es necesario realizar una adecuada caracterización del cuadro clínico y síntomas asociados, así como los antecedentes patológicos, farmacológicos, entre otros (3,4).

Las causas más frecuentes de diarrea son las infecciones del tracto digestivo, que pueden ser ocasionadas por bacterias, virus o parásitos; estos pueden estar presentes en agua o alimentos contaminados, por factores como la falta de higiene y una inadecuada eliminación de heces y basura (1,3).

Entre el 20 y el 30 % de las diarreas se considera de etiología bacteriana y entre el 30 al 50 % son de origen viral. Los rotavirus tienen una prevalencia a nivel mundial entre el 30 al 50 % seguido por la norovirus incluyendo el virus tipo Norwalk (calicivirus) con el 10 al 38 %, los adenovirus con 5 al 20 % y en menor proporción los astros virus con 1 al 4 % (16,17).

Algunas bacterias como *Vibrio cholerae* O1, *E. coli*, *Salmonella spp*, *Campylobacter jejuni* y *Shigella spp* dan origen a diarrea por distintos mecanismos; el más frecuente es su adherencia a la mucosa intestinal con producción de enterotoxinas (*Vibrio cholerae* O1, *E.coli enterotoxigénica*), en otros casos ocasionan disolución de la mucosa y del borde en cepillo (*E. coli enteropatógena*), invasión de la mucosa con proliferación bacteriana intracelular (*Shigella spp* y *E. coli enteroinvasora*) o proliferación bacteriana en la lámina propia y en los ganglios linfáticos mesentéricos (*Campylobacter jejuni* y *Yersinia enterocolítica*) (16,17).

A continuación, se presenta de manera general los principales agentes etiológicos relacionados con la enfermedad diarreica aguda, fuente de trasmisión, período de incubación, entre otros aspectos relevantes (16,17) (Tabla 1).

Tabla 1. Características etiológicas de la EDA

Aspecto	Descripción
<p>Agente etiológico</p>	<p>Bacterias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Shigella dysenteriae</i> • <i>Salmonella</i> • <i>Campylobacter jejuni</i> • <i>Escherichia coli</i> • <i>Yersinia enterocolitica</i> • <i>Staphylococcus aureus</i> • <i>Bacillus cereus</i> • <i>Vibrio spp</i> • <i>Listeria monocytogenes</i> • <i>Treponema pallidum</i> y otros <i>Spirillum spp.</i> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Aeromonas hydrophila</i> • <i>Plesiomonas shigelloides</i> • <i>Clostridium difficile</i> • <i>Clostridium perfringens</i> • <i>Mycobacterium avium intracellulare*</i> • <i>Chlamydia</i> <p>Virus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus • Virus similares al agente de Norwalk • Adenovirus entéricos • Astrovirus • Coronavirus • Herpes simple • Citomegalovirus* • Virus de la inmunodeficiencia humana <p>Parásitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Giardia lamblia</i> • <i>Entamoeba histolytica</i> • <i>Cryptosporidium</i> • <i>Cyclospora</i> • <i>Isospora belli*</i> • <i>Microsporidia*</i> • <i>Strongyloides</i> • <i>Trichinella spiralis</i> <p>*Microorganismos que causan diarrea en pacientes inmunodeprimidos.</p>
<p>Modo de transmisión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: la forma primaria es fecal-oral, sin embargo, es posible identificar el virus en secreciones del conducto respiratorio y otros fluidos corporales. Dado que el virus es estable en el medio ambiente, la transmisión puede ocurrir a través de la ingestión de alimentos contaminados, y mediante contacto con superficies contaminadas. • <i>Escherichia coli</i>: agua y alimentos contaminados. <i>Escherichia coli</i> enterohemorrágica: Carne de vaca, zumo de frutas sin pasteurizar • <i>Campylobacter spp</i>: leche, agua y otros alimentos contaminados.

Aspecto	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Shigella</i> spp: fecal-oral y alimentos contaminados. • <i>Salmonella</i> spp: agua y alimentos contaminados. • <i>Giardia duodenalis</i>: puede ser directa (mano-boca) o bien indirecta por ingestión de agua o comida contaminada. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: agua y alimentos contaminados. • <i>Entamoeba histolytica</i>: fecal-oral. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vibrio cholerae</i>, agente de Norwalk, <i>Giardia</i>, <i>Cryptosporidium</i>: Agua contaminada
<p>Período de incubación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: de 24 a 72 horas, aproximadamente. • <i>Escherichia coli</i>: de 3 a 8 días, con una mediana de 3-4 días. • <i>Campylobacter</i> spp: de 1 a 2 días. • <i>Shigella</i> spp: varía de 1 a 7 días, pero típicamente de 2 a 4 días. • <i>Salmonella</i> spp: desde 6 hasta 48 horas, dependiendo de la dosis infectante, la que puede ser de 15 a 20 UFC para algunos serotipos. • <i>Giardia duodenalis</i>: de 1 a 4 semanas. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: de 4 a 6 días, aunque varía de 1-14. • <i>Entamoeba histolytica</i>: de 2 a 4 semanas.
<p>Periodo de transmisibilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: durante la fase aguda de la enfermedad y más tarde mientras persista la excreción y dispersión de virus. No se detecta después del octavo día de la infección, aunque se ha señalado la excreción de virus por 30 días o más en pacientes inmunodeficientes. Los síntomas persisten durante cuatro a seis días en promedio. • <i>Escherichia coli</i>: la eliminación del agente patógeno suele durar una semana o menos en adultos; sin embargo, en niños se prolonga hasta tres semanas en un tercio de los casos. No es frecuente la eliminación por períodos prolongados. • <i>Campylobacter</i> spp: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo se elimina por materia fecal hasta 5-7 semanas. • <i>Shigella</i> spp: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo. • <i>Salmonella</i> spp: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo. • <i>Giardia duodenalis</i>: durante el período de excreción de quistes. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: se desconoce, sin embargo, la bacteria es excretada durante un promedio de seis semanas después del diagnóstico. • <i>Entamoeba histolytica</i>: mientras se expulsan los quistes por las heces.
<p>Susceptibilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus: alcanza su nivel máximo entre los 6 y 24 meses de edad; a los 3 años, casi todos los niños han generado anticuerpos contra rotavirus. Los individuos inmunodeficientes pueden excretar por largo tiempo el antígeno de los rotavirus y presentar diarrea intermitente. La diarrea es poco frecuente en lactantes infectados de menos de 3 meses de edad. • <i>Escherichia coli</i>: la dosis infectante es muy baja, no es bien conocida la susceptibilidad e inmunidad a este agente. La edad avanzada aparece como un riesgo, sobre todo si está vinculada a hipoclorhidria, que puede ser un factor contribuyente a la susceptibilidad. Los niños menores de cinco años tienen mayor riesgo de desarrollar síndromes hemolítico-urémicos. • <i>Shigella</i> spp: la mayoría de los episodios de shigelosis en pacientes previamente sanos son autolimitados y se resuelven en 5 a 7 días sin secuelas. • Las complicaciones más graves, que pueden incluso comprometer la vida, se ven en inmunodeficientes, cuadros de desnutrición y niños pequeños. Estas son fundamentalmente alteraciones hidro-metabólicas (deshidratación, hiponatremia, hipoglicemia) y complicaciones intestinales como megacolon tóxico o perforación intestinal. • La bacteriemia por <i>Shigella</i> es mucho más rara y se observa casi exclusivamente en inmunodeficientes. • <i>Yersinia enterocolitica</i>: afecta principalmente a niños y a los adultos con factores de predisposición como el almacenamiento excesivo de hierro y estados inmunosupresores.

Entre las medidas clave para prevenir las enfermedades diarreicas la OMS recomienda: el acceso a fuentes inocuas de agua de consumo; uso de servicios de saneamiento mejorados; lavado de manos con jabón; lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida; una higiene personal y alimentaria correctas; la educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones y la vacunación contra rotavirus (1,2).

Adicionalmente entre las medidas clave para tratar las enfermedades diarreicas sobresale la rehidratación con soluciones de rehidratación oral (SRO), complementos de zinc, terapia intravenosa y alimentación (1).

1.3. Justificación de la vigilancia

La enfermedad diarreica aguda continúa siendo un problema de salud pública significativo a nivel mundial, representan la segunda causa de mortalidad en menores de cinco años; cada año se registran más de 1 700 millones de episodios en niños. Por esta razón, la OMS recomienda a los países la vigilancia de esta enfermedad a fin de fortalecer la capacidad para realizar intervenciones de prevención, en particular las relacionadas con el saneamiento y el mejoramiento de las fuentes de agua. Adicionalmente fortalecer los procesos de inmunización contra rotavirus (18,19,20).

En Colombia, teniendo en cuenta las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en el componente ambiental se requiere establecer un conjunto de políticas de manera intersectorial con el fin de favorecer y promover la calidad de vida y la salud de las poblaciones. Por otro lado, los determinantes sociales de la salud están enfocados al mejoramiento de la calidad de vida y salud, es necesario reducir las brechas de inequidad en el acceso al agua potable,

coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo (21).

Para lograr los objetivos mencionados es necesario es identificar los actores y los actores componentes para plantear acciones sectoriales y transectoriales en salud pública enfocado en el marco de la vigilancia de la calidad del agua y como insumo para el análisis del impacto de otros factores de riesgo ambiental.

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento

Realizar el seguimiento y caracterización continua y sistemática de los casos de enfermedad diarreica aguda de acuerdo con los procesos establecidos, notificación, recolección, diagnóstico por laboratorio y análisis de los datos para generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento en los niveles municipal, departamental y nacional.

Los usuarios de la información generada por el sistema de vigilancia serán:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud
- Las Unidades Informadoras (U) y las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)
- Laboratorios de Salud Pública
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Comunidad médica
- Población en general
- Agentes comunitarios: vigías y gestores comunitarios.

2. Objetivos específicos

1. Describir en términos de las variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados para la morbilidad por EDA.
2. Realizar seguimiento y evaluar los indicadores para proponer acciones de vigilancia y brindar información para implementar medidas en salud pública.
3. Definir zonas y áreas geográficas de riesgo para la ocurrencia del evento en el país.
4. Identificar e intervenir de manera oportuna la ocurrencia de conglomerados o brotes de EDA en el país.

- Presentar diarrea prolongada (más de 14 días de duración).
- Haber sido hospitalizado por otra razón, aunque presente diarrea.

Importante: toda muerte por EDA en población menor de cinco años y sin causa clara debe ser considerada como un caso sospechoso de **cólera** y se deben iniciar de manera inmediata las acciones definidas en el protocolo en el evento cólera código Sivigila 200 (Anexo 2).

3. Definición operativa de caso

La vigilancia de la morbilidad por EDA es de carácter obligatorio en todas las UPGD del país, sin importar su nivel de complejidad; debe realizarse de manera colectiva y semanal (Anexo 1).

La definición de caso está establecida de la siguiente manera: (Tabla 2).

Nota: deben ser considerados los siguientes dos criterios de **exclusión** para no realizar la notificación de EDA:

Tabla 2. Definición operativa de caso de EDA

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	<p>Persona de cualquier edad que presente tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en las últimas 24 horas, con hasta 14 días de duración.</p> <p>Se deben notificar los casos que se identifiquen tanto en consulta externa, urgencias y hospitalización (se considera hospitalizado toda persona de cualquier edad ingresada a la sala de rehidratación).</p>

4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

4.1. Estrategias de vigilancia

En la vigilancia de EDA se empleará la vigilancia pasiva, la cual operará en las UPGD que conforman el sistema de vigilancia en salud pública, mediante:

3.1.1. Vigilancia pasiva o rutinaria

Se realizará la notificación a través de Sivigila escritorio y/o captura web por medio del código 998.

Se hará de manera colectiva / semanal y será obligatoria para todos los niveles de atención

3.1.2. Vigilancia activa

La vigilancia activa se para EDA se realizará mediante:

- Búsqueda activa comunitaria: se realiza en el marco de un caso probable, parte desde la vivienda del caso, se deben visitar los centros preescolares, las guarderías y las escuelas para explorar la aparición de los cuadros mencionados y en general todos los lugares de posibles desplazamientos del caso durante el periodo de transmisibilidad. En poblaciones indígenas se debe realizar la BAC en el 100 % de la comunidad.
- Búsqueda activa institucional: a través del módulo SIANIESP de Sivigila escritorio empleando los códigos CIE-10 relacionados con el evento. Si se identifican casos probables estos deben ser notificados al sistema de vigilancia y realizar recolección de muestras y todas las acciones individuales y colectivas. Se realizará de manera mensual (Anexo 3)

- Seguimiento a los medios de comunicación nacionales, departamentales y locales para identificar noticias y situaciones de interés en con el fin de generar alertas tempranas.

3.1.3. Vigilancia basada en comunidad (VBC)

De acuerdo con la OMS, la vigilancia basada en comunidad es la detección sistemática y el reporte de eventos (situaciones) de interés en salud pública en la comunidad, por miembros (agentes) de esta misma. Representa un enfoque participativo que involucra a los propios miembros de la comunidad en la observación y reporte de casos. Este método busca no solo recolectar datos sobre el comportamiento del evento, sino también comprender mejor la situación de salud en las comunidades. De esta forma, para el 2023 desde el INS se han publicado los manuales de “Vigilancia basada en comunidad” con el objetivo de facilitar la adopción o la adaptación de los procesos para la identificación del riesgo utilizando esta estrategia (22).

El objetivo de esta vigilancia es detectar de manera oportuna alertas emitidas tanto por la comunidad observada o fuentes secundarias como monitoreos de medios, situaciones de interés en salud pública y seguimiento a los motivos de consulta que generen variación en la tendencia del evento, estos deben ser verificados por los profesionales de salud quienes de acuerdo con el cumplimiento con la definición de caso deben realizar el ingreso al SIVIGILA (12).

Considerando lo mencionado, es fundamental proporcionar a la comunidad información clara y específica sobre las características distintivas de la EDA para que puedan identificarla de manera sencilla y buscar atención médica de forma oportuna.

Para los eventos que interactúan directamente con los factores ambientales como lo es el consumo de agua potable, manejo de excretas, adecuado manejo de basuras, se debe contar con una vigilancia específica puesto que el inadecuado manejo de estas puede desencadenar un brote, esta vigilancia puede ser participativa a través de vigías que reporten o generen la alerta ante una situación particular, la pasiva se refiere a el personal que se encarga de recibir y confirmar la información entregada por el vigía (12).

Por esta razón, los agentes comunitarios deberán tener en cuenta las siguientes señales para la generación de alertas frente a la EDA.

Identificación de personas con síntomas que incluyan malestar general y abdominal (cólicos, “retortijones”), vomito, deposiciones líquidas (más de tres veces al día), fiebre, y deshidratación.

Los niños pueden presentar síntomas como: “muchacha sed”, rechazar comida, deposiciones líquidas frecuentes, llanto fácil, irritabilidad entre otros. La EDA puede ser causada por infecciones virales, bacterianas o parasitarias. A menudo está relacionada con la contaminación de alimentos o agua. Es importante revisar los últimos alimentos consumidos y la fuente para el consumo de agua. Verificar los siguientes síntomas graves para acudir al servicio de urgencias:

“Ojos hundidos”, deposiciones líquidas con sangre, “vomita todo” (presencia de cuatro episodios de vómito en las últimas cuatro horas), fiebre de 40 grados centígrados, convulsiones, somnolencia o de difícil despertar.

Cuando identifique esta situación el cuidador debe llevar de manera inmediata el menor al servicio de salud más cercano. Los gestores comunitarios se enlazarán al sistema de información de a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en

Comunidad (Revcom) para la notificación de las alertas o en situaciones de interés en salud pública.

4.2. Responsabilidades por niveles

Será conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública), compilado en el Decreto 780 de 2016 (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) (13,14). Adicionalmente, para la vigilancia de morbilidad por EDA.

4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social

- Generar, divulgar y actualizar líneas técnicas de manejo clínico sobre la enfermedad diarreica aguda.
- Realizar acompañamiento desde el programa a las entidades territoriales.
- Dirigir el sistema de vigilancia en salud pública.
- Reglamentar políticas, planes programas y proyectos.
- Reglamentar todos los aspectos relacionados con la vigilancia en salud pública del país, entre otras.
- Generar recomendaciones de promoción y prevención la enfermedad diarreica aguda (lavado de manos, manipulación y consumo de alimentos, manejo de sales de rehidratación, vacunación entre otras).
- Divulgación del manejo de casos según guía de atención clínica vigente en menores de cinco años.

4.2.2. Instituto Nacional de Salud

- Recibir, consolidar, depurar y analizar la información del comportamiento de la tos ferina en el país con la información reportada a través del sistema de vigilancia.
- Brindar asistencia técnica a los referentes de las unidades notificadoras a nivel distrital y departamental para garantizar el flujo continuo de información.
- Asesorar a las entidades territoriales para el desarrollo de acciones individuales de los casos probables y confirmados de tos ferina.
- Retroalimentar a los involucrados en el proceso de notificación de información a través de informes y boletines de distribución nacional.
- Divulgar a todos los interesados la información de la vigilancia para tomar decisiones en salud pública oportunamente (infografías, informes de evento, boletines epidemiológicos semanales, protocolos, lineamientos).
- Establecer los lineamientos e implementar las acciones de vigilancia basada en comunidad.
- Brindar asesoría técnica al Ministerio de Salud y Protección Social para la formulación de políticas y lineamientos del evento.
- Apoyar a la entidad territorial, si se requiere, en el desarrollo de acciones de análisis e investigación de campo cuando se detecte un aumento inusitado de casos o

conglomerados y llevar a cabo salud pública.

- En situaciones de emergencia se deberá realizar un trabajo intersectorial con el Ministerio de Salud y Protección Social.

4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- Garantizar el cumplimiento del protocolo del evento, y reducir las barreras administrativas que dificulten el acceso al servicio.
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.
- Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en salud pública.
- Participar en las estrategias de vigilancia definidas para la prevención y control de la enfermedad diarreica aguda planteadas por la autoridad sanitaria territorial.

4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud

- Consolidar la información del área de su jurisdicción y realizar la notificación al nivel correspondiente según flujo de información.
- Realizar análisis general del comportamiento de la notificación con periodicidad semanal para detectar conglomerados o aumento inusitado de casos.

- Realizar análisis del comportamiento del evento en el área de su jurisdicción con periodicidad trimestral.
- Realizar asistencia técnica a la unidad local de salud según evaluación de riesgo para el evento.
- Realizar análisis del comportamiento del evento en el área de su jurisdicción con periodicidad semanal.
- Concurrir a la unidad local de salud, si se requiere, en el desarrollo de acciones de análisis e investigación de campo cuando se detecte un aumento inusitado de casos o conglomerados y llevar a cabo las acciones de control en salud pública.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo con las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y según lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública.
- Garantizar la realización de los ajustes necesarios al Siviigila de acuerdo con los resultados de laboratorio, investigaciones epidemiológicas de campo y las búsquedas activas institucionales, comunitarias.
- Generar articulación con el área de factores de riesgo ambientales.
- Garantizar equipos de respuesta inmediata para la atención de brotes y situaciones de emergencia en salud pública.
- Seguimiento al comportamiento semanal del evento con el fin de detectar oportunamente comportamientos inusuales y reporte de situaciones de salud.
- Generar estrategias de divulgación como boletines epidemiológicos, COVE, informes de evento, tableros de control, entre otros.
- Brindar asistencia técnica de forma permanente a los municipios o UPGD respecto al funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y el apoyo técnico necesario en la ocurrencia de casos.
- Liderar en las Salas de Análisis del Riesgo (SAR), realizar presentación de la situación y valorar el riesgo para definir las acciones a realizar.

4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud

- Realizar análisis general del comportamiento de la notificación con periodicidad semanal para detectar conglomerados o aumento inusitado de casos.
- Desarrollar acciones de análisis e investigación de campo (si se requiera) cuando se detecte un aumento inusitado de casos o conglomerados en el área de su jurisdicción y llevar a cabo las acciones de control en salud pública.
- Notificar de manera inmediata a la Secretaría departamental o distrital de salud la detección de conglomerados o aumento inusitado en el número de casos y las acciones de investigación y control desarrolladas.

- Realizar análisis del comportamiento del evento en el área de su jurisdicción con periodicidad mensual.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo con las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y según lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública.
- Generar estrategias de divulgación como boletines epidemiológicos, COVE, informes de eventos, tableros de control entre otros.

4.2.6 Unidades Primarias Generadoras de Datos

- Garantizar la atención integral del caso, de acuerdo con la guía de atención de enfermedad diarreica aguda (según la normatividad vigente).
- Realizar la notificación colectiva del evento y remisión de la ficha de notificación al nivel correspondiente según flujo de información de manera semanal.
- Notificar de manera inmediata a la unidad local la detección de conglomerados o aumento inusitado en el número de casos.
- Realizar Búsqueda Activa Institucional cuando se detecte silencio epidemiológico o disminución inusitada de la notificación de casos.
- Recolección de los datos, flujos y fuentes de información

5. Recolección, procesamiento de datos y flujos de información

5.1. Periodicidad del reporte

La vigilancia de la morbilidad por enfermedad diarreica aguda se realiza con periodicidad semanal en todas las UPGD independiente de su nivel de complejidad, a partir de los datos de los registros de prestación de servicios de salud (RIPS) y a través de la herramienta SIANIESP.

Para evitar duplicidad, los casos deberán ser notificados una vez por semana, independiente del tiempo de estancia hospitalaria.

Si no cuenta con la disponibilidad de los RIPS en la estructura definida para el cargue, debe garantizar la notificación con otra estrategia (Tabla 3 y 4).

Tabla 3. Periodicidad del reporte

Notificación	Responsabilidad
Notificación semanal	La vigilancia de la morbilidad por EDA es de carácter obligatorio en todas las UPGD del país, sin importar su nivel de complejidad; debe realizarse de manera colectiva y semanal.

5.2. Periodicidad en ajustes y reportes

Tabla 4. Periodicidad en ajustes y reportes

Tipo	Observaciones y periodicidad
Ajustes	Los ajustes a la información se deben realizar en el siguiente periodo epidemiológico (4 semanas) desde la fecha de notificación. <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste 6: descartado • Ajuste D: por error de digitación • Ajuste 7: otros ajustes (calidad de la base)
Investigación epidemiológica de campo (IEC)	Ante la sospecha o confirmación de un brote o conglomerado de casos para EDA se deberán realizar las acciones de investigación epidemiológica en las primeras 72 horas.
Búsqueda activa institucional (BAI)	Se realiza para la morbilidad por EDA en estas condiciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Notificación semanal 2. Silencios epidemiológicos (4 semanas o más sin notificar casos colectivos) <p>Esta búsqueda se realiza utilizando los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) generados en las UPGD y los códigos CIE-10 A20 a A099</p>

5.2. Flujo de información

La vigilancia de la morbilidad por EDA es de carácter obligatorio en todas las UPGD del país, sin importar su nivel de complejidad; debe realizarse de manera colectiva y semanal.

El flujo de información se puede consultar en el documento: “Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila” que puede ser consultado en el portal web del INS (Anexo 2).

5.3. Fuentes de información

El conjunto de datos requerido para describir el comportamiento de la vigilancia en salud pública del país, se obtiene a partir de la recolección realizada por las UPGD y UI en el territorio nacional, de los datos de pacientes que cumplen con la definición de caso de cada evento de interés en salud pública y que son diligenciados en el Registro Administrativo "Sivigila" utilizando cualquiera de las herramientas disponibles de la suite de Sivigila 4.0 desarrollada por el Instituto Nacional de Salud (INS).

La Operación Estadística de Vigilancia de eventos de salud pública, hace un aprovechamiento de dicho Registro Administrativo y se constituye en una de las fuentes oficiales para Colombia, de la información referente a los eventos de interés en salud pública. Para algunos eventos, esta fuente se integra a otros sistemas de información del tipo registro que, de acuerdo con la legislación colombiana, son la fuente oficial del evento. Para complementar los datos obtenidos del sistema de vigilancia se hace uso de otros registros tales como:

- Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud) RIPS.)
- Historias clínicas.
- Registros de defunción – tomado del Registro de estadísticas vitales (RUIAF).
- Registro de pruebas de laboratorio – Tomado de Sismuestra

6. Análisis de información

6.1. Procesamiento de datos

Las UPGD deben contar con la información de los RIPS con periodicidad semanal, según la estructura definida en la Resolución 3374 del 2000 y realizar el procedimiento de notificación de la morbilidad con la herramienta SIANIESP.

Antes del proceso de análisis se deberá desarrollar un proceso de depuración: eliminación de registros repetidos, (definidos como registros con igual información en todas las variables de la ficha 998), eliminación de registros con ajuste D y 6; ajuste de las variables por grupo de edad que tengan inconsistencias en el número registrado y revisión de los campos de departamento y municipio de notificación y procedencia (verificación de campos vacíos).

El análisis se realiza a partir del departamento y municipio de procedencia; se tiene en cuenta la

semana epidemiológica a partir de la fecha de notificación.

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

Se debe realizar análisis descriptivo en función de las variables epidemiológicas de persona, lugar y tiempo por periodo epidemiológico (23,24).

El análisis se realiza con cálculo de frecuencias absolutas y acumuladas, proporciones y tasas se utilizarán medidas de tendencia central como media y mediana. Como herramientas de presentación de los resultados, se crearán cuadros, gráficos, tablas y mapas

El proceso de análisis rutinario debe incluir:

Comportamiento de la notificación: gráfica con el número de casos por semana epidemiológica con el fin de analizar la tendencia de la notificación (cada entidad territorial adaptará o incluirá la metodología que más sea útil para el procesamiento de datos).

Construir incidencia del evento por nivel y comparación del comportamiento con el nivel nacional.

Casos por entidad territorial: tabla de casos por niveles (departamento/distrito – municipio).

Comportamiento por grupos de edad: incidencia en población menor de un año y menores de cinco años

Variables demográficas, sociales y clínicas: tabla con la descripción por número de casos, edad, porcentaje según área de procedencia, sexo, casos hospitalizados y ambulatorios.

Indicadores: tabla del cumplimiento a los indicadores de vigilancia para el evento. Se verificará el cumplimiento de la notificación de

casos, oportunidad en la investigación de casos y obtención de muestras.

Comportamientos inusuales: se realiza mediante la distribución de probabilidades de Poisson, en el que se compara por entidad territorial la notificación del periodo epidemiológico actual (observado), con el promedio de la notificación del mismo periodo en los últimos cinco años (esperado) (semanas que corresponden al periodo anterior, actual y posterior de los años analizados). En el análisis se verifica si hay incremento significativo (notificación de casos superior a lo esperado con valor $p < 0,05$) o decremento significativo (notificación de casos inferior a lo esperado con valor $p < 0,05$).

Canal endémico: el comportamiento de la notificación utiliza la metodología de elaboración de corredores o canales endémicos de Bortman, tomando la notificación de los últimos cinco años de tosferina por semana epidemiológica y se establecen límites de control (límite inferior y superior), permitiendo evidenciar así un aumento o disminución de casos en la notificación.

Silencios en la notificación:

Las entidades territoriales deben monitorear la notificación para la morbilidad por EDA en todos los niveles. Esta revisión debe enfocarse en fortalecimiento y sostenimiento de la notificación y así mismo en la identificación de municipios con baja notificación y UPGD en silencio dentro de su territorio.

Se identificarán los silencios en la notificación teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas.

Los municipios o UPGD con silencio en la notificación deberán realizar BAI mensual y/o periódica para establecer el comportamiento del evento en estos territorios.

Es de manera obligatoria para todos los niveles de atención reportar casos para EDA.

6.3. Análisis adicionales

En conjunto con el área de salud ambiental se deben desarrollar metodologías de análisis y revisión del comportamiento del evento con los hallazgos de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y de otros factores de riesgo ambiental para identificar relaciones, plantear, acciones de intervención, control o comunicación del riesgo.

De igual manera se deben generar los mecanismos para compartir la información del comportamiento del evento con otros sectores de manera que sirva como insumo para la toma de decisiones.

7. Orientación para la acción

7.1. Acciones individuales

- Manejo de casos según guía de atención clínica vigente, con especial énfasis en el manejo de los menores de cinco años.
- Recomendaciones generales de prevención para individuos con enfermedad diarreica aguda.

7.1.1. Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)

Ante la sospecha o confirmación de un brote o conglomerado de casos se deberán realizar las acciones de investigación epidemiológica de campo en conjunto con el laboratorio de salud pública y el equipo de salud ambiental.

La investigación epidemiológica de campo deberá incluir lo siguiente:

- Se debe realizar en las primeras en las primeras 72 horas desde la notificación del posible brote.
- Incluir caracterización del brote, como lo son variables sociodemográficas (datos básicos, entre otros) y variables clínicas (fecha de inicio de síntomas, fecha de hospitalización, fecha de consulta, signos y síntomas, pruebas de laboratorio, entre otros).
- Modo de transmisión (agua y alimentos contaminada, transmisión de persona a persona, vinculación a circulación viral, entre otros).
- Recolección de contactos estrechos con el fin de identificar posibles casos relacionados.
- Verificación de antecedentes vacunal en menores de cinco años
- Cada entidad territorial deberá adaptar el formato de IEC de acuerdo con el brote presentando y a las características sociales y demográficas de su región.

Nota: no esperar los resultados de laboratorio para iniciar acciones de prevención y control.

7.2. Acciones colectivas

7.2.1. Información, educación y comunicación

Las acciones colectivas están orientadas a la articulación sectorial, intersectorial y comunitaria de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC), que busca el desarrollo de

capacidades en la comunidad para la identificación temprana y reporte de situaciones inusuales que permitan la identificación y alerta de casos del evento, informando así a la autoridad sanitaria pertinente, generando respuesta oportuna y adecuada con respecto a la naturaleza del evento con un enfoque integral de salud con participación social y ciudadana.

Las acciones de información, educación y comunicación en el marco de la vigilancia de la EDA están dirigidas a los profesionales de salud y a la comunidad en general. Deben estar orientadas a las medidas preventivas, al control de riesgo (basado en la calidad del agua, manejo de alimentos e higiene y sanidad básica) y a la importancia de la vacunación.

Es fundamental que el personal de salud reciba capacitación continua en la detección de casos, diagnósticos diferenciales, intervenciones de salud pública e identificación del riesgo.

Así mismo, es necesario fortalecer las capacidades en la comunidad para la detección temprana de casos, notificación y consulta oportuna a los servicios de salud.

7.2.2 Búsqueda Activa Comunitaria

La Búsqueda Activa Comunitaria (BAC), implica una tarea proactiva para la detección de casos de eventos de interés en salud pública (EISP) que por cualquier razón no fueron captados por el sistema de vigilancia.

Se realiza BAC de casos de EDA, en situaciones de brotes con el fin de identificar casos secundarios no identificados. Para definir el área de búsqueda, se debe partir del contexto o la situación en la que se identifica el brote: instituciones educativas, poblaciones especiales, instituciones de salud, empresas, etc.

7.2.3 Búsqueda Activa Institucional

Se debe realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI) de casos de EDA a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) generados en las UPGD según lo descrito en el SIANIESP.

Esta estrategia incluye la revisión y verificación de historias clínicas para establecer si el diagnóstico registrado cumple con la definición de caso. Los registros que cumplan definición de caso deben ser notificados en Sivigila, como estrategia de notificación de casos probables o confirmados (Anexo 3).

Se realizará de manera periódica y/o mensualmente en UPGD que presenten silencio epidemiológico en las últimas cuatro semanas epidemiológicas.

7.3. Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública

Ante la sospecha de un brote por EDA, es necesario realizar un análisis completo del comportamiento del evento comparándolo con el comportamiento histórico en el área identificada, de esta manera se identifican líneas de base para la evaluación desde la notificación frente a un escenario de brote.

La definición de brote para EDA es la aparición de dos o más casos relacionados entre sí y donde la evidencia epidemiológica descarta la participación de alimentos. Este tipo de brote se caracterizará por la vía de transmisión persona a persona que se presenta en unidades de atención infantil, personas en condición de discapacidad, comunidades indígenas y demás poblaciones especiales, colegios o población confinada etc. Las conclusiones se evidencian a través de la curva

epidemiológica con más de un período de incubación en el brote.

Es importante resaltar que, si el brote o conglomerado de casos de EDA están directamente relacionado con el consumo de alimentos con una fuente común en tiempo y lugar, se deberá realizar la notificación como brote de Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) a través de la ficha colectiva del evento (Código 349) y adelantar las acciones definidas en el protocolo de este evento.

Adicionalmente y de acuerdo con los lineamientos del INS se deberá realizar Sala de Análisis del Riesgo (SAR) con las entidades involucradas para determinar el riesgo y magnitud del brote, garantizar atención clínica de los casos y establecer el manejo adecuado, seguimiento oportuno y evitar mortalidades (26).

Las actividades de investigación epidemiológica de campo en brote incluyen:

- Identificar y caracterizar los grupos de población expuesta según tiempo, lugar y persona.
- Identificar y caracterizar posible fuente y el modo de transmisión.
- Según hallazgos realizar recolección de muestras: biológicas, alimentos, agua, superficies, según el caso.
- Se deberá incorporar al análisis de la situación los hallazgos de la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano, así como otros factores de riesgo ambiental que puedan aportar elementos a la caracterización y comprensión del evento.
- Si se considera al agua como posible fuente es necesario realizar un proceso completo de caracterización del sistema de abastecimiento

de agua en conjunto con las instituciones involucradas en el proceso.

- En conjunto con el grupo de salud ambiental se deben consignar las acciones de IVC a los establecimientos o lugares implicados según hallazgos.
- Trasversal a las acciones de investigación de campo se debe generar una estrategia de comunicación del riesgo dirigida a profesionales de la salud y población general.

La información resultado de la investigación se analizará mediante tasas de ataque, teniendo en cuenta el número de casos afectados y la población a riesgo. Se debe realizar curva epidémica, tabla de frecuencias con caracterización de signos y síntomas, antecedentes vacunales, antecedente de viaje, georreferenciación y actividades realizadas en control de situación, recomendaciones generadas y conclusiones.

Se realizará seguimiento a todos los casos y sus contactos para cortar cadenas de transmisión y mitigar posibles casos graves de la enfermedad.

Las alertas o brotes identificados deben ser notificados inmediatamente al correo del referente del evento del INS y al Sistema de Alerta Temprana del INS, correo eri@ins.gov.co con una información preliminar "capsula de información" que describa: número de afectados, número de expuestos (si aplica), tipo de población afectada, casos graves u hospitalizados, muertes relacionadas, muestras recolectadas, nivel de riesgo, respuesta de la entidad territorial y las actividades preliminares para el control de la situación. La cápsula de información debe fluir inmediatamente a los niveles superiores y no debe depender de la generación de un Reporte de Situación (SITREP).

El primer SITREP debe emitirse a las 24 horas después de realizada la notificación y se generarán

con la periodicidad establecida por la entidad territorial o ante la identificación de nueva información que actualice el reporte inicial. Cada situación informada a través de SITREP, requiere uno final o de cierre, donde se consolide la información obtenida (Anexo 4).

El cierre del brote se realizará posterior a dos periodos máximos de incubación para la enfermedad de acuerdo con identificación sí o no de agente causal. Se contempla de 30 a 60 días máximo desde la fecha de inicio de síntomas del último caso sintomático relacionado, sin presencia de más casos para dar cierre a un brote de EDA.

7.4. Acciones de laboratorio

De manera rutinaria no se realizan acciones de vigilancia por laboratorio, estas acciones se desarrollarán en el marco de una intervención de brote o aumento inusitado de casos.

Se debe considerar la capacidad técnica y resolutive del laboratorio de salud pública departamental según lo cual se definirá si las muestras serán procesadas en el LSPD o serán remitidas a la Red Nacional de Laboratorios del INS.

7.3. Obtención de muestras para estudio por laboratorio

7.3.1. Muestras biológicas

Muestras de materia fecal para procesamiento en el área de microbiología, virología o parasitología según hallazgos epidemiológicos y clínicos que orienten el procesamiento por laboratorio (Anexo 5).

7.3.2. Muestras ambientales

Los tipos de muestras de agua y el procedimiento para recolección de muestra es el descrito según la

fuente seleccionada en el manual de instrucciones para la toma, preservación y transporte de muestras de agua de consumo humano para análisis de laboratorio (Anexo 6).

8. Comunicación del riesgo

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, tienen la responsabilidad de difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica diversas herramientas de divulgación como boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros, así como, utilizar medios de contacto comunitario como radio, televisión o redes sociales, manteniendo los flujos de información y comunicación del riesgo establecidos en las entidades.

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública de los eventos, tiene como propósito desarrollar la capacidad resolutoria del equipo territorial, siendo un insumo fundamental que apoya la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento en el territorio (31).

Con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud el Instituto Nacional de Salud, publica de forma rutinaria los informes gráficos con el análisis del comportamiento del evento e informes finales con los cierres anuales. Así mismo se ha publicado en el Portal Sivigila 4.0, módulos de análisis que comprenden: I. número de casos reportados, II. Estimaciones de medidas de frecuencia, III. Generación de canales endémicos para eventos agudos, IV. Mapas de riesgo, V. Diagramas de

calor y VI. generación de microdatos. Los datos corresponden a cierres anuales depurados desde 2007, que permiten una desagregación geográfica por departamento, distrito, municipio, desagregación temática por evento, desagregación temporal por año y desagregación institucional por institución prestadora de servicios de salud o red conexas que caracterizó y notificó el evento y la Entidad Administradora de Planes de Beneficios responsable del aseguramiento de los pacientes.

9. Indicadores

Los siguientes indicadores están dirigidos a evaluar la gestión de la vigilancia del evento. Se enfocan en el estudio de los casos de EDA en la notificación colectiva (Tabla 5).

Tabla 5. Indicadores para la vigilancia de morbilidad por EDA

Nombre del indicador	Tasa de incidencia enfermedad diarreica aguda
Tipo de indicador	De impacto
Definición	Se define como el número de casos nuevos de la enfermedad que se desarrollan en una población durante un periodo de tiempo determinado
Periodicidad	Por periodo epidemiológico
Propósito	Evaluar la magnitud del evento, Identificar grupos de edad vulnerables
Definición operacional	Numerador: total de casos de enfermedad diarreica aguda durante un período de tiempo específico. Denominador: total de población en el periodo a evaluar (municipio o departamento)
Coefficiente de multiplicación	1000 habitantes
Fuente de información	Sivigila / Proyecciones DANE del periodo analizado
Interpretación del resultado	La tasa de incidencia para enfermedad diarreica aguda es de ___por 1 000 habitantes
Nivel	Nacional, departamental/distrital, municipal,
Meta	No aplica

Nombre del indicador	Proporción de UPGD y municipios silenciosos
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Se define silencio en la notificación las últimas cuatro semanas epidemiológicas
Periodicidad	Por semanas epidemiológicas
Propósito	Evaluar el cumplimiento en la notificación.
Definición operacional	Numerador: número de UPGD silenciosas por semana epidemiológica o número de municipios silenciosos por semana epidemiológica Denominador: total de UPGD caracterizadas activas o total de municipios
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	La proporción de UPGD/municipios silenciosos en la semana epidemiológica __es del __.
Nivel	Nacional, departamental, municipal, distrital
Meta	100 %

10. Referencias

1. Organización Mundial de la salud. Enfermedades diarreicas. [Internet] 2017. Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
2. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet. 2005 1;365(9465):1147-52. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71877-8.
3. Fischer CL, Sack D, Black RE. Etiology of diarrhea in older children, adolescents, and adults: a systematic review. Plos Negl Trop Dis. 2010 Aug 3;4(8): e768. doi: 10.1371/journal.pntd.0000768.
4. Povea E, Hevia D. Enfermedad diarreica aguda. Revista Cubana Pediatría, Vol. 91 No 4, e928. ISSN 1561-3119.
5. Organización mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). [Internet] 2018. Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
6. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 Lancet 2020; 396: 1204–22 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
7. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Global Health Metrics. Lancet 2020; 396: 1223–49. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
8. Ramos Fab Nelvis, Suárez Rondón Mariela, Armas Saborit Caridad, Camejo Serrano Yanet de los Angeles, Figueredo Pérez Suleika. Factores de riesgo de enfermedad diarreica aguda en niños menores de un año. Multimed [Internet]. 2023 Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028
9. Agudelo Muñoz GE. Factores de riesgo relacionados con las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años que asisten al centro de salud la esperanza, Canton Quevedo Provincia de los Ríos en el período comprendido entre mayo a septiembre de 2019. [Tesis]. Babahoyo-los Ríos: Universidad Técnica de Babahoyo; 2019. Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6558/P-UTB-FCS-ENF-000145.pdf?Sequence=1&isallowed=y>.
10. Gómez-Duarte ÓG. Enfermedad diarreica aguda por Escherichia coli enteropatógenas en Colombia. Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

11. Organización Panamericana de la Salud. Rotavirus_ [Internet] 2022. Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/rotavirus>
12. Ministerio de Brasil. Enfermedad diarreica aguda en Florianópolis_ Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br>
13. Ministerio de Salud de Argentina. Boletín epidemiológico de Argentina SE 52 de 2023_ Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-epidemiologico-nacional-n-685-se-52-2023>
14. Ministerio de Salud de Perú. Enfermedad diarreica aguda 2018 a 2023. Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE19/edas.pdf>
15. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento. Infografía XIII. Morbilidad por Enfermedad diarreica aguda 2023. [Internet] 2023. Fecha de consulta: 19 de Abril 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20POR%20EDA%20PE%20XIII%202023.pdf>
16. Lamberti, L., Fischer C, Negro R. Revisión sistemática de la duración y la gravedad de la diarrea en niños y adultos en países de ingresos bajos y medianos. BMC Public Health 12, 276 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-276>
17. Riveros M, Ochoa T. Entero patógenos de importancia en salud pública. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica ISSN 1726-4634
18. Departamento Nacional de Planeación. Agua limpia y saneamiento. [Internet] 2020 Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <https://www.ods.gov.co/es/objetivos/agua-limpia-y-saneamiento>.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. [Internet] 2006. Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de mayo 6 de 2016 por medio del cual se expide Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [Internet] 2016. Fecha de consulta: 8 de febrero de 2022. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf
21. Ministerio de salud y protección social. Plan decenal de salud pública PDSP, 2022-2031. [Internet] 2022 Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
22. Instituto Nacional de Salud. Caja de herramientas para la gestión del riesgo colectivo en brotes. Epidemias y eventos de interés en salud pública. Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-1-sistema-de-alerta-tempranavigilanciabasadaencomunidad-generalidades.pdf>

23. Stroup D, Wharton M, Kafadar K, Dean A. Evaluation of a Method for Detecting Aberrations in Public Health Surveillance Data. Am JEpidem,1993.137(3):373-381
24. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. [Internet] 2002 Fecha de consulta: 19 de abril del 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE4.pdf>

11. Control de revisiones

Versión	Fecha de aprobación			Descripción	Elaboración o actualización
	AA	DD	MM		
1	2016	10	12	Elaboración protocolo de vigilancia	Angelica María Rojas Bárcenas Equipo funcional inmunoprevenibles
2	2017	17	29	Publicación del protocolo de vigilancia	Angelica María Rojas Bárcenas Equipo funcional inmunoprevenibles
3	2020	1	30	Actualización de conceptos y formato	Milena Patricia Delgado Equipo funcional inmunoprevenibles
4	2022	3	14	Actualización de conceptos y formato	Carlos Alberto Hernández Londoño Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles por Vacunación y Relacionadas con la Atención en Salud
5	2024	6	25	Actualización de contenido	Edna Carolina Ávila Villabona Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles por Vacunación y Relacionadas con la Atención en Salud

12. Anexos

Anexo 1. Ficha de notificación 998

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Datos%20colectivos.pdf>

Anexo 2. Flujo de información

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-sivigila.pdf>

Anexo 3. Codificación CIE-10 para la búsqueda activa institucional del evento morbilidad por EDA

Código CIE 10	Nombre CIE 10
A020	ENTERITIS DEBIDA A SALMONELLA
A029	INFECCIÓN DEBIDA A SALMONELLA NO ESPECIFICADA
A030	SHIGELOSIS DEBIDA A SHIGELLA DYSENTERIAE
A031	SHIGELOSIS DEBIDA A SHIGELLA FLEXNERI
A032	SHIGELOSIS DEBIDA A SHIGELLA BOYDII
A033	SHIGELOSIS DEBIDA A SHIGELLA SONNEI
A038	OTRAS SHIGELOSIS
A039	SHIGELOSIS DE TIPO NO ESPECIFICADO
A040	INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENA
A041	INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROTOXIGENA
A042	INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROINVASIVA
A043	INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROHEMORRAGICA
A044	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A ESCHERICHIA COLI

Código CIE 10	Nombre CIE 10
A045	ENTERITIS DEBIDA A CAMPYLOBACTER
A046	ENTERITIS DEBIDA A YERSINIA ENTEROCOLITICA
A047	ENTEROCOLITIS DEBIDA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE
A048	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES BACTERIANAS ESPECIFICADAS
A049	INFECCION INTESTINAL BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
A050	INTOXICACION ALIMENTARIA ESTAFILOCOGICA
A052	INTOXICACION ALIMENTARIA DEBIDA A CLOSTRIDIUM PERFRINGENS [CLOSTRIDIUM WELCHII]
A053	INTOXICACION ALIMENTARIA DEBIDA A VIBRIO PARAHAEMOLYTICUS
A054	INTOXICACION ALIMENTARIA DEBIDA A BACILLUS CEREUS
A058	OTRAS INTOXICACIONES ALIMENTARIAS DEBIDAS A BACTERIAS ESPECIFICADAS
A059	INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
A060	DISENTERIA AMEBIANA AGUDA
A069	AMEBIASIS, NO ESPECIFICADA
A070	BALANTIDIASIS
A071	GIARDIASIS [LAMBLIASIS]
A072	CRIPTOSPORIDIOSIS
A073	ISOSPORIASIS
A078	OTRAS ENFERMEDADES INTESTINALES ESPECIFICADAS DEBIDAS A PROTOZOARIOS
A079	ENFERMEDAD INTESTINAL DEBIDA A PROTOZOARIOS, NO ESPECIFICADA
A080	ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS
A081	GASTROENTEROPATIA AGUDA DEBIDA AL AGENTE DE NORWALK
A082	ENTERITIS DEBIDA A ADENOVIRUS
A083	OTRAS ENTERITIS VIRALES
A084	INFECCION INTESTINAL VIRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
A085	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES ESPECIFICADAS
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
A090	OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO
A099	GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO

Anexo 4. Formato de SITREP

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/sitrep-et-2023.doc>

Anexo 5. Muestras Biológicas.

<https://www.ins.gov.co/buscador/Informacin%20de%20laboratorio/Gu%C3%ADa%20para%20la%20vigilancia%20por%20laboratorio%20de%20EDA%20y%20ETA.pdf>

Anexo 6. Muestras ambientales

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/guia-para-la-vigilancia-y-control-de-calidad-bacteriologico-en-muestras-de-agua-para-consumo-humano.pdf>