



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

ANEXO. INSTRUCTIVO PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA INTENSIFICADA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y LA ENFERMEDAD ASOCIADA AL NUEVO CORONAVIRUS 2019 (COVID-19).

Fecha de actualización: 31 de diciembre 2020

Versión: 13

Este instructivo podrá ser modificado teniendo en cuenta la dinámica de la situación en el mundo y en Colombia; recomendamos revisar semanalmente la página web del INS: www.ins.gov.co

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

covid@ins.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

Créditos

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ

Directora General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO

Director de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública

REVISÓ:

Helena Patricia Salas, Coordinadora Grupo Transmisibles

APROBÓ:

Diana Walteros, Subdirectora Técnica Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica SI NO X

El documento requirió revisión por una instancia externa asesora SI NO X ¿Cuál?

©

Instituto Nacional de Salud

Bogotá, Colombia

Av. Calle 26 No. 51-20

1.	Introducción	4
2.	Objetivos específicos.....	6
3.	Definiciones operativas de caso.....	6
4.	Definiciones	10
5.	Casos confirmados de COVID-19.....	12
6.	Muertes probables o confirmadas para COVID-19.....	14
7.	Caso descartado	15
8.	Toma de muestras.....	15
8.1	Recomendaciones para obtener aspirado traqueal.....	16
8.2	Entrega de resultados	17
9.	Clasificación de casos de acuerdo con la fuente de infección.....	17
10.	Fuente de los datos.....	18
10.1	Definición de las fuentes	18
10.2	Periodicidad del reporte	18
10.3	Flujo de información.....	19
10.4	Recolección de información y procesamiento de los datos.....	19
11.	Análisis de la información	19
12.	Orientación de la acción.....	23
12.1.	Acciones individuales.....	23
12.2	Investigación epidemiológica de campo (IEC).....	23
13.	Indicadores de la gestión de vigilancia en salud pública de COVID-19	25
14.	Referencias	28

1. Introducción

El 31 de diciembre de 2019 la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un conglomerado de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre de 2019; los casos reportaban antecedente de exposición común a un mercado de mariscos, pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan.

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, como agente causante del brote, que fue denominado “nuevo coronavirus” (1) y posteriormente SARS-CoV-2 (2).

Dado que los casos de coronavirus suelen causar síntomas respiratorios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió recomendaciones de protección personal contra la infección, para evitar el contagio de otras personas (3).

La vía de transmisión del SARS-CoV-2 es principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones que contienen el virus (4), aunque la vía de transmisión aérea por núcleos goticulares de menos de 5 micras también se ha descrito en procedimientos que generan aerosoles (4)

En la enfermedad confirmada por SARS-CoV-2, denominada por la OMS como COVID-19 (2), la presentación clínica ha variado desde personas infectadas con pocos síntomas o asintomáticas (80 %), hasta personas con cuadros clínicos moderados o graves que pueden llevar a la muerte. Los síntomas pueden incluir: fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), tos y dificultad para respirar (5).

Se considera que el período promedio de incubación de la enfermedad es de cinco días, con un intervalo de uno a 14 días luego de la exposición con un caso confirmado de la COVID-19. Según la evidencia científica, es prudente considerar un período de al menos 14 días como límite superior del período de incubación y para ordenar el aislamiento a casos confirmados de COVID-19 y sus contactos (6)

Teniendo en cuenta lo anterior, Colombia inició su preparación para la vigilancia y respuesta ante posibles casos en el país, desde la confirmación del brote en China, el Sistema nacional de vigilancia en salud pública (Sivigila) captó el primer caso el 6 de marzo de 2020 en Bogotá. Con la confirmación de este caso, el Instituto Nacional de Salud realizó activación de su Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública e inició la etapa de contención de la epidemia.

El gobierno de Colombia imparte medidas no farmacológicas que buscan enlentecer el curso de la epidemia con el objetivo de minimizar la saturación de los servicios de salud y disminuir el efecto del COVID-19 en la población, especialmente en los grupos más vulnerables, tales como las personas mayores de 70 años y aquellas que padecen afecciones médicas subyacentes, como la hipertensión arterial, problemas cardíacos o diabetes, dado que tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave, según la OMS.

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró la pandemia de COVID-19 y emitió una serie de recomendaciones para que los países activaran y ampliaran sus mecanismos de respuesta a emergencias. Ante las recomendaciones de OMS y el aumento de casos en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social declaró el inicio de la fase de mitigación de la epidemia, el 31 de marzo de 2020. (7)

El Instituto Nacional de Salud (INS) ha adaptado el sistema de vigilancia en salud pública, en una primera fase, adicionando la vigilancia del COVID-19 a la vigilancia rutinaria de la infección respiratoria aguda (IRA), razón por la cual se emite regularmente lineamientos actualizados a las entidades territoriales. En este documento se relacionan las estrategias que se sugiere ampliar para la vigilancia de este evento enmarcadas no solo en las instituciones de salud sino en el ámbito comunitario, para la identificación de nuevos casos de COVID-19 y el seguimiento de contactos, para determinar zonas de riesgo o conglomerados que permitan a las autoridades sanitarias tomar medidas para controlar las cadenas de transmisión.

La capacidad de un sistema de vigilancia de un país para apoyar la contención de nuevos casos depende tanto de la dinámica de transmisión de la infección como de la proporción de asintomáticos. Consistente con estudios de modelado previos, se plantea una estrategia de segunda fase, que para aumentar la probabilidad de detectar un caso utilizará poblaciones diana que orienten la búsqueda de los casos en los municipios, con o sin casos previos. Esta estrategia de segunda fase mantiene e intensifica las estrategias de primera fase, de vigilancia intensificada.

La captación oportuna y la confirmación diagnóstica por laboratorio de los casos probables, lograr su autoaislamiento y la identificación y rastreo de sus contactos, conduce a un número de reproducción efectivo igual o menor que uno, como alternativa al testeo masivo y a la cuarentena.

Entre las disposiciones de prevención adoptadas por el país se encuentra el decreto 1168 de agosto 2020 el Ministerio del Interior regula la fase de aislamiento selectivo en municipios de alta afectación por Covid-19 y el distanciamiento individual responsable, en el que se insta a todas las personas que permanezcan en el territorio nacional deberán cumplir con los protocolos de bioseguridad de comportamiento en espacio público y propender por el autoaislamiento (8) mediante el decreto 1408 de 30 octubre 2020 se prorrogan las medidas hasta el 01 de diciembre de 2020 (9); sin embargo, el 25 de noviembre con base al comportamiento del virus en el territorio nacional la Presidencia de la Republica extiende el estado de emergencia sanitaria hasta el 28 de febrero de 2021 (10).

El 29 de octubre de 2020 el Comité de emergencias de la OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (IHR), estableció que la pandemia por de COVID-19 continua con un nivel de riesgo muy alto y que aún constituye un evento extraordinario y debido a su amplia propagación este evento sigue siendo una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) (11).

En una tercera fase de flexibilización del aislamiento obligatorio, la integración de una oferta de pruebas más amplia con la detección oportuna de casos, la apertura social y económica, el rastreo de contactos y el aislamiento selectivo sostenible constituyen lo que se denomina

estrategia PRASS: Pruebas, rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible de acuerdo con el decreto 1 374 de octubre 2020 (12).

En el país, al 15 de diciembre de 2020, el Instituto Nacional de Salud ha confirmado 1 444 646 casos distribuidos en las 36 entidades territoriales y 39 356 muertes (9). Para una incidencia acumulada de 2 867 casos por 100 000 habitantes, tasa de mortalidad de 78,13 muertes por cada 100 000 habitantes y letalidad acumulada de 2,7 %. A la fecha las entidades territoriales con mayor impacto por la pandemia son: Leticia- Amazonas (5 866 casos por cada 100 000 habitantes), Neiva – Huila (5 761 casos por cada 100 000 habitantes), Florencia – Caquetá (5 735 casos por cada 100 000 habitantes), Caldas – Antioquia (5 393 casos por cada 100 000 habitantes) y Bogotá (5 316 casos por cada 100 000 habitantes) y con relación a muertes Leticia -Amazonas presenta la mayor tasa de mortalidad por Covid-19 (13).

Se han procesado 5 569 468 muestras de PCR-tr y 1 677 361 muestras de antígeno para COVID-19 de las cuales 1 630 618 tienen un resultado positivo para una positivado total acumulada de 22 %.

2. Objetivos específicos

- a) Detectar de manera oportuna los casos probables de COVID-19.
- b) Caracterizar en persona, tiempo y espacio los casos confirmados de COVID-19 notificados en el territorio nacional.
- c) Describir las características sociales, demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos de los casos confirmados de COVID-19 notificados en el territorio nacional.
- d) Detectar conglomerados de casos confirmados, probables de COVID-19.
- e) **Generar alertas tempranas de situaciones inusuales en el comportamiento de COVID-19**

3. Definiciones operativas de caso

La ficha Cód. 346 será el centro de la vigilancia rutinaria para los diferentes tipos de caso.

No se seguirá utilizando los Códigos 345 o 348 para la vigilancia de COVID-19, **excepto que, con estos, se detecten casos desde la vigilancia rutinaria de IRA, que es la utilidad de esta vigilancia.**

Las definiciones operativas de caso están sujetas a cambios y serán actualizadas de acuerdo con la dinámica del evento.

Definición 1

Caso probable de Infección Respiratoria Aguda Grave o Enfermedad por Coronavirus - COVID grave (código 346)

Persona con **al menos uno de los siguientes síntomas**: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia **que requiera hospitalización**, y que cumpla **con al menos una de las siguientes condiciones**:

- Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria* en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor.
- Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.
- Miembro de población especial tales como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes.
- Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral. ***
- Adulto mayor de 60 años.
- Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores.
- Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.
- Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.

Estos casos deben ser informados de manera **INMEDIATA**, telefónicamente, a la Secretaria de Salud Departamental o Distrital. Al mismo tiempo se solicita que el caso sea ingresado **INMEDIATAMENTE** en el subsistema de información Sivigila.

Los casos deben ser reportados desde el estado probable. Si el responsable de la notificación sólo reporta hasta que los casos sean confirmados favorece mantener las cadenas de transmisión.

Estos casos **NO** serán notificados en el evento Cód. 345 o Cód. 348. La vigilancia con estos códigos se reactivará para la IRAG inusitada. Por ese evento se podrían captar casos dado que el algoritmo diagnóstico incluye al SARS-CoV-2.

Como un mecanismo permanente para la detección de posible circulación de COVID -19, las entidades territoriales deben asegurar la notificación de los casos de IRAG que sean atendidos en UCI, servicios de hospitalización o urgencias. Esto aplica para todas las IPS.

Los casos hacen parte de la vigilancia por laboratorio, de acuerdo con la circular externa conjunta 031 de 2018. Los casos graves deben ser valorados en las IPS con panel viral y serán evaluados para COVID-19

Definición 2

Caso probable de Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario (código 346)

Persona con **al menos uno de los siguientes síntomas**: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia **que no requiera hospitalización** y que cumpla **con al menos una de las siguientes condiciones**:

- Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria* en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor
- Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.
- Miembro de población especial tal como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes.
- Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral ***
- Adulto mayor de 60 años
- Personas con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y, fumadores.
- Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.
- Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.

Para aclarar el estado afebril de la persona, indagar si está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén.

Estos casos deben ser informados de manera **INMEDIATA**, telefónicamente, a la Secretaria de Salud Departamental o Distrital. Al mismo tiempo se solicita que el caso sea ingresado en el subsistema de información Sivigila.

Los casos deben ser reportados desde el estado probable. Si el responsable de la notificación sólo reporta hasta que los casos sean confirmados favorece mantener las cadenas de transmisión.

+ La definición de caso 3 fue excluido. Paulatinamente se irá retomando la vigilancia centinela de virus respiratorios para la determinación de la circulación de otros virus en las UPGD designadas por el INS. Se mantuvo la numeración del tipo de caso por su uso frecuente en los equipos de vigilancia.

Definición 4

Muerte probable por COVID-19 (código 346)

Todas las muertes por **infección respiratoria aguda grave** con cuadro clínico de etiología desconocida durante la consulta, la admisión, la observación, la hospitalización o en el domicilio y que cumpla con **alguna de las siguientes condiciones**:

- Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria* en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor
- Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.
- Miembro de población especial tal como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes.
- Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral ***
- Adulto mayor de 60 años
- Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y, fumadores.
- Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.
- Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.

Todas las muertes deben ser evaluadas para establecer el agente etiológico, incluyendo SARS-CoV-2 (COVID-19). Esto incluye una evaluación de los contactos para COVID-19 previos y posteriores al inicio de síntomas.

Estos casos deben ser informados de manera **INMEDIATA**, telefónicamente, a la Secretaria de Salud Departamental o Distrital. Al mismo tiempo se solicita que el caso sea ingresado **INMEDIATAMENTE** en el subsistema de información Sivigila.

Los casos deben ser reportados desde el estado probable. **Si el responsable de la notificación sólo reporta hasta que los casos sean confirmados favorece mantener las cadenas de transmisión.**

Estos casos **NO** serán notificados en el evento Cód. 345 o Cód. 348. La vigilancia con estos códigos se reactivará para la IRAG inusitada. Por ese evento se podrían captar casos dado que el algoritmo diagnóstico incluye al SARS-CoV-2.

Definición 5

Caso asintomático

- Contacto estrecho** de caso confirmado de COVID-19 que no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida †.
- Personas asintomáticas para COVID-19 que en los últimos treinta (30) días haya sido sometido a un tamizaje previo por un procedimiento quirúrgico (por ejemplo, trasplante), para el ingreso o el retorno al trabajo, para el monitoreo de riesgo en una población cerrada o por iniciativa propia. Los contactos estrechos de caso confirmado son registrados inicialmente en el formato “*Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19*” (Apéndice 2 a la notificación de los casos 346) e ingresados a Sivigila (o CoronApp médico) mediante el Cód. 346 cuando sean contactados uno a uno para la evaluación de síntomas sea por rastreo manual (IEC) o digital (llamada o contact center).

A las personas asintomáticas que no sean contactos estrechos de caso confirmado se les debe diligenciar ficha Cod-346 pero se ingresan en el sistema sólo si fueron positivas.

4. Definiciones

Transmisión local comunitaria:

El Ministerio de Salud y Protección Social clasifica los municipios según su afectación como No-Covid, leve, moderada o alta. Se considerará circulación comunitaria activa los municipios con clasificación de afectación **moderada o alta**. La tabla puede ser consultada en: <https://minsalud.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/e18894fa4dd546d094e8267179562413>. Esta tabla es actualizada el martes de cada semana.

Contacto estrecho**:

Los contactos estrechos pueden ser comunitarios, en el transporte o del personal de salud.

Contacto estrecho comunitario**:

Cualquier persona, con exposición no protegida†, que haya compartido en un espacio menor a dos metros y por más de 15 minutos con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19, sin importar que tenga o no síntomas. Esto puede incluir las personas que conviven, trabajan, visitantes a lugar de residencia; también haber estado en contacto sin protección adecuada con secreciones infecciosas (por ejemplo: secreciones o fluidos respiratorios o la manipulación de los pañuelos utilizados). Puede considerarse que cuando dos personas (uno, es un caso confirmado) comparten el mismo lugar por más de 120 minutos son contactos estrechos.

Tenga en cuenta que **NO** se considera contacto estrecho

las interacciones por corto tiempo, el contacto visual o casual.

Contacto estrecho** en el transporte:

En los aviones u otros medios de transporte, se consideran contacto estrecho a la tripulación/conductor que tuvo contacto o exposición no protegida † con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19 y a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de dicho caso confirmado por más de 15 minutos. †

Contacto estrecho** del personal de la salud (14):

Cualquier trabajador en triaje, consulta, salas de procedimientos, observación u hospitalización con exposición no protegida†:

Trabajador de la salud que no utilizó respirador de alta eficiencia N95 o superior durante la atención del caso confirmado de COVID-19 en procedimientos que generan aerosoles (por ejemplo: reanimación cardiopulmonar, intubación, extubación, broncoscopia, endoscopia, terapia con nebulizador, inducción de esputo, procedimientos que estimulan el reflejo de la tos).

Trabajador del ámbito hospitalario que realizó atención clínica (examen físico, obtención de muestras, aspirado de secreciones, etc.) o atención al usuario (personal administrativo) a pacientes confirmados de COVID-19 y no utilizó los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

Las exposiciones del personal sanitario también incluyen contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos con un caso de COVID-19 o contacto con material potencialmente infeccioso de COVID-19 y no usó de los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

Durante la atención de casos de COVID-19 en instituciones de salud se debe promover y utilizar los 5 momentos para la higiene de manos.

- NO** es contacto estrecho en el grupo de personal del ámbito hospitalario:
- Usó adecuadamente los elementos de protección personal durante la atención clínica o atención al caso confirmado de COVID-19
 - En atención clínica o atención al caso confirmado de COVID-19 realiza adecuadamente higiene de manos (en los 5 momentos)
 - Usó adecuadamente los elementos de protección personal durante procedimientos que generan aerosol a casos confirmados de COVID-19
 - No tienen contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos y usó equipos de protección personal adecuados con un caso de COVID-19
 - Tuvieron exposición con fluidos que no transmiten COVID-19 (ejemplo: sangre, líquido cefalorraquídeo, vómito)

- Recolección de muestras de interés en salud pública a **contacto estrechos*** de casos confirmados de COVID-19 con exposición no protegida†:

Ejemplos de exposición no protegida†:

Exposición sin todos los elementos de protección personal (guantes, gorro, tapabocas, monogafas o pantalla facial completa, bata manga larga antifluido) a secreciones respiratorias de caso confirmado para COVID-19 o inadecuada higiene de manos posterior al contacto directo con secreciones respiratorias de caso confirmado para COVID-19.

Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral:

Son personas que como parte de su ocupación requiere movilizarse a diferentes zonas de los municipios o entre municipios, lo que hace que se presente mayor riesgo de contagio, entre estas ocupaciones están trabajadores del sector bancario, transportadores, empleados de grandes superficies o mercados, empleados de servicios generales, servicios públicos o domésticos, empleados de hotelería y turismo, trabajadores comerciales, empleados de construcción, manufactura, entre otros. Estas personas hacen parte de los sectores que fueron constituidos como excepciones del aislamiento preventivo obligatorio regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Casos confirmados de COVID-19

Las definiciones operativas de caso están sujetas a cambios y serán actualizadas de acuerdo con la dinámica del evento.

Las definiciones de caso confirmado son:

Caso 1

Infección Respiratoria Aguda Grave o Enfermedad por Coronavirus - COVID grave

(Cód. 346)

Caso confirmado por laboratorio: caso probable con RT-PCR o prueba antigénica positiva para SARS-CoV-2

Caso confirmado por nexo epidemiológico: caso probable con RT-PCR o prueba antigénica NEGATIVA que cumple con uno de los siguientes criterios:

- La persona tuvo contacto estrecho previo con caso confirmado de COVID-19 entre 2 días antes y 14 días después del inicio de síntomas de esa persona.
- Al menos un contacto estrecho de la persona es detectado como caso confirmado de COVID-19 entre 1 y 14 días después del último contacto sin protección.

Caso 2

Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario

(Cód. 346)

Caso confirmado por laboratorio: **Caso confirmado por laboratorio:** caso probable con RT-PCR o prueba antigénica positiva para SARS-CoV-2

***NO se ha establecido definición de caso confirmado por nexo epidemiológico para el nivel leve o moderado.**

Caso 4

Muerte por COVID-19 (Cód. 346)

Muerte confirmada por laboratorio: muerte probable con RT-PCR o prueba antigénica positiva para SARS-CoV-2 pre o postmórtem.

Muerte confirmada por nexo epidemiológico: muerte probable con RT-PCR o prueba antigénica NEGATIVA que cumple con uno de los siguientes criterios:

- La persona fallecida tuvo contacto estrecho previo con caso confirmado de COVID-19 entre 2 días antes y 14 días después del inicio de síntomas de esa persona.
- Al menos un contacto estrecho de la persona fallecida es detectado como caso confirmado de COVID-19 entre 1 y 14 días después del último contacto sin protección.

La sensibilidad y la especificidad de esta clasificación aumentan con el uso de criterios clínicos tales como los hallazgos radiológicos pulmonares (opacidades parenquimatosas en vidrio esmerilado o consolidación periférica y de predominio basal), aumento de dímero D, PCR, ferritina o LDH, así como la linfopenia y la trombocitopenia. Estos criterios clínicos son importantes para el análisis de las muertes con prueba confirmatoria negativa, de acuerdo con el Anexo del procedimiento unidad de análisis y los lineamientos del MSPS.

La confirmación de caso por nexo epidemiológico se realizará conforme los procesos y lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamentos Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para la clasificación final de las muertes en Colombia.

Caso 5

Caso confirmado por laboratorio: caso probable con RT-PCR o prueba antigénica positiva para SARS-CoV-2.

NO se ha establecido definición de caso confirmado por nexo epidemiológico para el nivel leve o moderado.

Con la evidencia disponible no se recomienda el uso de pruebas serológicas en población asintomática.

Todas las pruebas de detección viral, como el RT-PCR protocolo Berlín y las que progresivamente se incorporen en el diagnóstico de casos, serán confirmatorias cuando resulten positivas de acuerdo con los lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social. Para esta versión del protocolo se incluyó la prueba antigénica como confirmatoria

Los resultados falsos negativos pueden suceder por: el sitio anatómico donde se realice la recolección de la muestra respiratoria (nasofaríngeo, orofaríngeo, traqueal o bronquial), el momento con relación a la fecha de inicio de síntomas (muy cerca al día cero o al día catorce), el medio de transporte viral, la refrigeración y la cantidad de secreción respiratoria, entre otros (15. *Directrices de Laboratorio para la Detección y el Diagnóstico de la Infección con el Virus COVID-19, Organización Panamericana de la Salud*).

6. Muertes probables o confirmadas para COVID-19

No hay evidencia hasta ahora de la transmisión del SARS-CoV-2 a través del manejo de cadáveres (19). El riesgo potencial de transmisión relacionado con el manejo de cadáveres con diagnóstico probable o confirmado de COVID-19 puede relacionarse con:

- Contacto directo con restos humanos o fluidos corporales donde el virus está presente.
- Contacto directo con fómites contaminados.

De acuerdo con lo anterior, si presenta un caso probable de muerte por IRAG inusitado o de IRA en menores de 5 años (21):

- ✓ Con resultado positivo en RT PCR para SARS-CoV-2 (COVID-19) en muestra respiratoria ante mortem, **NO** requiere necropsia, ni toma de muestra post mortem. La causa básica de muerte se determinará a través de la historia clínica y del resultado de la prueba practicada.
- ✓ Con resultado de panel viral y RT PCR para SARS-CoV-2 (COVID-19) en muestra respiratoria negativos, se requiere recolectar muestra (que incluye el hisopado nasofaríngeo dentro de las primeras 6 horas post mortem).
- ✓ Al cual no se le realizó previamente toma de muestra respiratoria o se encuentra pendiente el resultado de la RT PCR para SARS CoV2 (COVID-19) se requiere recolectar muestra (que incluye el hisopado nasofaríngeo dentro de las primeras 6 horas post mortem).

Recuerde seguir los lineamientos para la vigilancia por laboratorio de virus respiratorios del Instituto Nacional de Salud (16), y las orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19, dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social (17).

Para la inhumación del cadáver no se debe solicitar el resultado de laboratorio para COVID-19. Si se asume que clínicamente podría corresponder a un caso de COVID-19, deben seguirse las orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19 (17)

7. Caso descartado

Persona que cumple la definición de caso probable (del presente anexo) y tenga un resultado negativo para SARS-CoV-2 PCR en tiempo real o prueba antigénica.

Los casos asintomáticos que se tornen sintomáticos requieren nueva muestra.
En un caso de IRAG (346) de acuerdo con los hallazgos clínicos compatibles con neumonía viral atípica, podría requerir repetir la prueba con un intervalo de 48 a 72 horas, entre muestras
El caso probable hospitalizado o muerto cuya prueba confirmatoria sea negativa y que no pueda confirmarse por nexos epidemiológicos, no será ajustado como descartado.

8. Toma de muestras

Las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB, administradoras de regímenes especiales y de excepción, medicina prepagada, prestadores de servicios de salud o de atención domiciliaria, o las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales deben garantizar la toma de muestras y su remisión al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital, de acuerdo con los Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB, administradoras de regímenes especiales y de excepción, medicina prepagada, IPS fijas o de atención domiciliaria, o las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales deben disponer de una línea telefónica de atención exclusiva para COVID-19.

El laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital, debe enviar la muestra al INS o a los laboratorios definidos por la Secretaría de Salud departamental o distrital para esta prueba. La muestra siempre debe ir acompañada de la ficha de notificación y en lo posible, del resumen de la historia clínica, en especial de los casos de IRAG o de muerte por IRAG. Esto aplica también para los laboratorios clínicos privados adscritos a la red.

Para el diagnóstico etiológico de casos probables de enfermedad por nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) se requiere la recolección de las siguientes muestras respiratorias, de acuerdo con los lineamientos para el diagnóstico por laboratorio de virus respiratorios del INS (20):

- La muestra ideal es el aspirado traqueal.
- Si no es posible la recolección del aspirado traqueal debido a la condición del paciente, se podrá realizar un aspirado nasofaríngeo, o un hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo, lavado bronco alveolar o bronquial.
- Notificar el envío de muestra al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital.

Realizar toma de muestras de acuerdo con el video dispuesto en la página web en el micrositio.
<http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

En los casos de IRA leve que no requiere hospitalización, indique aislamiento domiciliario y recolecte muestras de hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo de acuerdo con lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para sars-cov-2 (covid-19) en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social.

8.1 Recomendaciones para obtener aspirado traqueal

- Utilice una sonda de calibre 8, para adultos, solución salina y una jeringa de 10 ml.
- Mida la distancia entre el lóbulo de la oreja y la punta de la nariz del paciente, que será la longitud por introducir de la sonda.
- Verifique la permeabilidad de las fosas nasales.
- Utilice la fosa nasal más permeable para realizar la aspiración.
- Lubrique la punta de la sonda con la solución salina.
- Introduzca 5.0 ml de solución salina estéril (pH: 7.0) en una de las fosas nasales utilizando una jeringa unida a la sonda nasofaríngea hasta la medida indicada o hasta que se produzca la tos.
- aspire todo el material de la secreción nasofaríngea que sea posible, lo mínimo que debe aspirar es 3 ml del contenido destilado
- Agregue la muestra al vial estéril.
- Enjuague la jeringa en el vial estéril.
- Repita el procedimiento con la otra ventana nasal.
- Coloque la muestra en el vial que contiene de 2 ml de solución salina
- Marque el recipiente de la muestra con la fecha de la recolección, el número del consecutivo y el nombre del paciente.

Nota: todas las muestras de aspirados nasofaríngeos deben ser recolectadas en mínimo 3ml de solución salina estéril, el aspirado puede ser recolectado con sonda nasofaríngea o con trampa, de acuerdo con el procedimiento que cada hospital lleva a cabo.

Es decisión de la UPGD dejar o no la sonda dentro de la solución salina (3ml), siempre y cuando que si deciden retirarla deben garantizar el debido escurrimiento del contenido de la sonda en los 3ml de solución salina, esto con el fin de evitar la pérdida de la partícula viral y evitar muestras inadecuadas o falsos negativos.

8.2 Entrega de resultados

Los laboratorios clínicos, centro de investigación, Secretaria de Salud Departamental o Distrital habilitados para realizar diagnóstico de coronavirus deben reportar las muestras realizadas con su resultado en el procedimiento establecido por el Laboratorio Nacional de Referencia en el aplicativo SISMuestras y entregar los resultados de los casos y contactos estudiados.

9. Clasificación de casos de acuerdo con la fuente de infección

- **Caso importado:** aquel que cumpla que la definición de caso 346 o 348 y documento antecedente de historial de viaje a países con circulación de casos de enfermedad por COVID-19 en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- **Caso relacionado con la importación:** caso sintomático o asintomático (contacto estrecho de caso confirmado) con resultado de coronavirus positivo (COVID-19) y cuya cadena de transmisión corresponda a un contacto estrecho con caso importado.

**Los casos a los cuales se les pueda documentar la pertenencia a una cadena de transmisión de un caso importado, serán clasificados como casos relacionados con la importación.*

- **Caso de fuente desconocida:** caso sintomático o asintomático con resultado de coronavirus (COVID-19) positivo, al cual no se le puede identificar cadenas de transmisión o fuente de infección, **se asumen el caso de fuente desconocida es de transmisión comunitaria.**
- **Caso relacionado con fuente desconocida:** caso sintomático o asintomático con resultado de coronavirus positivo (COVID-19) y cuya cadena de transmisión corresponda a un contacto estrecho con caso de fuente desconocida.

Si no se ha clasificado un caso por su fuente debido a pendientes de la investigación epidemiológica de campo, será denominado **Caso en estudio.**

Las UNM o UND deben realizar la clasificación de acuerdo con la fuente casos confirmados de COVID-19 e informar a la sala de análisis de riesgo nacional.

10. Fuente de los datos

10.1 Definición de las fuentes

La principal fuente de información para la vigilancia de la infección respiratoria aguda grave asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19), serán las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD).

La notificación de casos probables se realizará de la siguiente forma:

- ✓ Definición 1: caso probable **Infección respiratoria aguda o enfermedad por COVID (grave)**
 - ✓ Definición 2: caso probable **Infección respiratoria aguda o enfermedad por COVID (leve o moderada)**
 - ✓ Definición 4: caso probable **Muerte probable por COVID-19**
 - ✓ Definición 4: caso probable **caso asintomático**
- Ficha **código INS 346**: datos básicos y complementarios

Los casos asintomáticos confirmados detectados durante una estrategia de vigilancia innovadora serán notificados como 346, en el caso de tener síntomas leves o moderados y requerir tratamiento ambulatorio, entendiendo el caso como enfermedad similar a la influenza. En el ingreso se debe tomar como estrategia Búsqueda Activa o Investigaciones, de ser el caso.

Cuando sean casos asintomáticos serán ingresados como 346. En el ingreso se debe tomar como estrategia Búsqueda Activa o Investigaciones, de acuerdo con la estrategia utilizada.

10.2 Periodicidad del reporte

Notificación inmediata

Todos los casos probables con los códigos 346 (IRA por virus nuevo) serán notificados de manera inmediata siguiendo el flujo de la información consignada en la página 107, numeral 8.8 del documento “Manual del Usuario Sivigila” (16), disponible en:

http://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/1.%20Manual%20Sivigila%202018_2020.pdf

Se solicita que una vez se detecte el caso se ingrese en el aplicativo Sivigila para la generación de la alerta inmediata. En este caso se solicitan solo datos básicos, pero se debe asegurar el diligenciamiento posterior de los complementarios para no afectar la notificación epidemiológica semanal.

Los contactos de casos confirmados o probables serán ingresados al aplicativo SegCovid por el asegurador o por la secretaria de salud territorial y notificados con la ficha 346 por las Unidades Informadoras o las Unidades Primarias Generadoras de Datos

Cuando el caso asintomático que no es contacto de un caso probable o confirmado y se confirme por laboratorio, debe ser ingresado en la ficha 346 sin síntomas.

10.3 Flujo de información

El flujo de la información se genera desde la Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) hacia el municipio, del municipio al nivel departamental/distrital y de este hasta los niveles nacional e internacional. Desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, distritos y aseguradoras.

Para consultar el flujo de la información general avalado por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo de Salud Pública, remítase al documento Manual del Usuario Sistema Aplicativo Sivigila (disponible en www.ins.gov.co).

10.4 Recolección de información y procesamiento de los datos

El proceso de recolección de datos producto de la notificación a Sivigila y el proceso de aseguramiento de la calidad de los datos se realiza de acuerdo con lo establecido en el Manual del Usuario Aplicativo Sivigila (16).

Las UPGD, municipios, distritos y departamentos tienen la responsabilidad de verificar que los casos notificados cumplan con la definición operativa de caso y que los datos correspondan a la realidad del caso y se ingresen de acuerdo con las instrucciones dadas para el adecuado diligenciamiento de la ficha de notificación. Recomendamos asegurar una identificación plena del caso notificado que incluye: tipo y número de documento de identificación y municipio y dirección de residencia.

11. Análisis de la información

La rutina de información analizada se presenta en distribución de frecuencias absolutas y relativas de los casos de COVID-19 conforme a las variables relacionadas en los datos básicos y complementarios según comportamiento de la notificación, se realiza análisis de tendencia utilizando curvas epidémicas y evaluación de incremento, decremento y la focalización de

acciones, teniendo en cuenta los siguientes parámetros: frecuencia de casos, incidencia, tasa de mortalidad y letalidad.

Se generan curvas epidémicas con la identificación de inicio de conglomerados o las situaciones de apertura económica o medidas de asilamiento o cuarentena decretadas por el gobierno nacional o las autoridades locales para el análisis de la transmisión de virus en la comunidad. Se realiza identificación de cambios en patrones de comportamiento y análisis de grupos de población especiales y de alto riesgo.

Se elaboran mapas de estratificación del riesgo teniendo en cuenta la incidencia, mortalidad y letalidad departamental y municipal.

Para el cálculo de los indicadores de vigilancia se usan las siguientes variables:

- Número de casos asintomáticos: por fecha de toma de muestra
- Número de casos sintomáticos: por fecha de inicio de síntomas
- Número de muertes por Covid-19: por fecha de muerte

El seguimiento semanal de los siguientes indicadores permite realizar priorización de municipios con transmisión de COVID-19 para iniciar en conjunto con todos los sectores medidas de control y mitigación de la transmisión en la comunidad. También se puede contemplar en número de muestras que se realizan en la población y la positividad para SARS-CoV2 reportada por Redes en Salud Pública.

Consulta el tablero de control de Covid-19 a Nivel Nacional en el portal Sivigila, siguiendo este enlace: <https://cutt.ly/djNXiPC>

+ Para el análisis de la información se deben tener en cuenta los días de procesamiento de muestras y la oportunidad de notificación a Sivigila

Nombre del indicador	Incidencia de COVID-19
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de casos nuevos de COVID-19 que se presentan en una población durante un período de tiempo determinado.
Periodicidad	Semanal, mensual, trimestral
Definición operacional	<p>Indicador acumulado</p> <p>-Numerador: Número de casos confirmados de COVID-19</p> <p>-Denominador: Población total</p> <p>Indicador de periodo</p> <p>- Numerador: Número de casos confirmados de COVID-19 durante un periodo determinado</p>

	- Denominador: (Población total – casos COVID-19 de periodos anteriores)
Coeficiente de multiplicación	100 000
Fuente de información	Reporte Sivigila. Base de datos de reporte COVID
Interpretación del resultado	Por cada 100 000 personas de la entidad territorial _____, se notificaron _____ casos de COVID-19
Nivel	Nacional, departamental, municipal

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad por COVID-19
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de casos que fallecen por COVID-19 en una población durante un período de tiempo determinado.
Periodicidad	Semanal, mensual, trimestral
Definición operacional	<p>Indicador acumulado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numerador: Número de casos que fallecen por COVID-19 - Denominador: Población total <p>Indicador de periodo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numerador: Número de casos que fallecen por COVID-19 durante un periodo determinado. - Denominador: (Población total – fallecimientos por todas las causas)
Coeficiente de multiplicación	100 000
Fuente de información	Reporte Sivigila. Base de datos de reporte COVID
Interpretación del resultado	Por cada 100 000 personas de la entidad territorial _____, fallecen _____ por COVID-19.
Nivel	Nacional, departamental, municipal

Nombre del indicador	Letalidad por COVID-19
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Proporción de casos fatales por causa de COVID-19 en relación con el total de personas infectadas
Periodicidad	Semanal, mensual, trimestral
Definición operacional	<p>Indicador acumulado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numerador: Número de casos que fallecen por COVID-19 - Denominador: Total de casos confirmados de COVID-19 <p>Indicador periodo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numerador: Número de casos que fallecen por COVID-19 durante el periodo determinado. - Denominador: (Total de casos confirmados de COVID-19 durante el periodo determinado + casos que fallecen por COVID-19 con fecha de inicio de síntomas de periodos anteriores)
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Reporte Sivigila. Base de datos de reporte COVID
Interpretación del resultado	Por cada 100 casos confirmados de COVID-19, se presentaron _____ casos fatales.
Nivel	Nacional, departamental, municipal
Meta	100%

En el análisis epidemiológico por barrio, vereda, corregimiento o localidad es necesario identificar los casos COVID-19 en tiempo, lugar y persona; siendo una de las variables críticas la georreferenciación de los casos para la identificación de focos de la transmisión del virus, con el fin de generar estrategias de control que permitan disminuir la incidencia, mortalidad y letalidad en la comunidad.

De igual forma, se debe hacer seguimiento de los casos activos que pueden estar generando nuevas cadenas de transmisión y un análisis periódico de los indicadores de vigilancia y laboratorio con el fin de monitorear cambios en el comportamiento del evento.

12. Orientación de la acción

12.1. Acciones individuales

Para las acciones individuales de casos probables de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) consultar los lineamientos para la detección y manejo de casos de covid-19 por los prestadores de servicios de salud en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social (www.minsalud.gov.co)

La institución de salud (IPS) deberá realizar el diagnóstico diferencial de acuerdo con su protocolo institucional (panel viral o estudios bacteriológicos, micobacterias e imágenes diagnósticas) y valorar enfermedades respiratorias de base como: alergias, EPOC, asma, y otros.

12.2 Investigación epidemiológica de campo (IEC)

Estudio de contactos en la Investigación Epidemiológica de Campo

Se debe realizar Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) que incluye el rastreo de contactos, a los siguientes casos:

- Todo casos probable o confirmado hospitalizado o condición final muerte, por la posibilidad de ser un super diseminador
- Todo caso probable o confirmado que represente un riesgo mayor en las cadenas de contagio
- Poblaciones con alta movilidad
- Población privada de la libertad
- Población de Fuerzas Militares
- Trabajadores de la salud
- Población con funciones de exposición en virtud de su ocupación laboral
- Gestantes
- Personas que no hayan sido posible contactar telefónica y deben ser seguida en terreno
- Estos casos serán determinados por el mecanismo de análisis del riesgo de cada Entidad Territorial (Sala de Análisis del Riesgo)
- Se puede tener en cuenta como IEC el rastreo de contactos de la estrategia PRASS y que estén registrados en el aplicativo SegCovid, excepto en los numerales anteriores

Para identificar e intervenir adecuadamente las cadenas de transmisión es recomendable que se haga desde el tipo probable y confirmados principalmente para los casos grave y las muertes y es obligatorio para todo caso confirmado

Es importante priorizar la realización del estudio de contactos a todo caso probable de IRAG y muerte por IRAG, pues son personas que pueden haber sido contagiados por casos super diseminadores del virus o el potencial caso es un diseminador o generó otros casos graves.

Esta investigación tiene como propósitos localizar los contactos estrechos, identificar sintomáticos entre ellos y otros posibles nexos epidemiológicos (poblaciones de riesgo, personal de alta movilidad en virtud de su ocupación laboral, viajeros, trabajadores de salud o de la protección social, población excarcelada, contacto con otros casos, entre otros) e identificar comorbilidades o antecedentes que puedan complicar el curso de la enfermedad.

Por las condiciones de protección personal de los trabajadores de salud, las IEC pueden realizarse mediante entrevista telefónica o por *streaming* y la toma de muestra programada en casa. En el marco de la estrategia PRASS, el rastreo de contactos y el registro inicial del caso probable (por contacto estrecho) es realizado por un call center cuyo personal ha sido entrenado para este proceso.

En el nivel hospitalario puede hacerse mediante llamada o estableciendo una distancia mayor de 2 metros con el paciente. En algunos casos, el informante puede ser el acudiente o el conviviente que podría ser abordado telefónicamente o vía *streaming*. En el estudio de conglomerados (ver numerales 1.4 y 1.5) es recomendable el desplazamiento de un equipo de respuesta inmediata para la realización de la IEC, con las medidas recomendadas de protección personal, así como en aquellos casos que no pueden ser contactados telefónicamente y se encuentran en caso, que pueden representar un alto riesgo (adultos mayores y personas con comorbilidad, especialmente).

De cada caso confirmado es importante identificar la información de fecha de inicio de síntomas, fecha de hospitalización, fecha de egreso y de ser el caso, fecha de muerte, así como datos de ubicación como número telefónico y dirección de su residencia. En los asintomáticos, la fecha de referencia es la de recolección de la muestra.

Tanto a los casos como a sus contactos estrechos les es indicado aislamiento preventivo obligatorio en casa y las demás pautas no farmacológicas promovidas por el gobierno nacional, que incluyen el lavado de manos, la higiene y etiqueta respiratoria y la limpieza y desinfección de superficies de mayor contacto.

A los contactos estrechos asintomáticos se les debe tomar la muestra correspondiente a los siete días del último contacto sin protección, en el caso de ser negativos, deben mantenerse en aislamiento preventivo por 7 días más desde la fecha de la toma de la muestra (completar 14 días de aislamiento estricto desde la exposición, recomendar autocuidado, uso de EPP y medidas de prevención).

En el caso que, durante el seguimiento diario, el contacto manifieste síntomas (que no tenía inicialmente), se recolecta muestra para RT-PCR. Si se detecta fecha de inicio de síntomas mayor

de 11 días, puede indicarse una prueba serológica, que permitiría de manera retrospectiva un mejor estudio de las cadenas de transmisión.

En esta investigación se debe establecer las líneas de tiempo del caso original para ubicar sitios donde pudieron darse contactos estrechos no protegidos y así hallar posibles cadenas de transmisión. El indicador del número de contactos estudiados por cada caso confirmado es una forma de demostrar la capacidad de control de una entidad territorial (el indicador durante el aislamiento preventivo obligatorio estuvo entre 7 y 9 contactos, se espera que aumente a 10-20 contactos por caso).

Se sugiere utilizar formato “Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19” (Apéndice 2 a la notificación de los casos 346) para tener la referencia de todos los contactos. Luego al encuestar a cada uno de estos contactos, diligenciar la ficha Cód. 346 (que estará disponible en el aplicativo CoronApp médico para los operativos de campo o los servicios de atención domiciliaria).

Los contactos que fueron ingresados a SegCovid y se encuentran en seguimiento por las EAPB, puede ser suficiente si se asegura la integridad de los datos por lo que no sería necesario diligenciar el apéndice 2

La IEC es responsabilidad de la secretaría de salud municipal o distrital en salud, y en el caso de no tener capacidades, el municipio en concurrencia con la secretaría de salud departamental en salud. La IEC no es responsabilidad de EAPB ni de las IPS, sin embargo, dado que las EAPB deben asegurar la toma de muestra de sus afiliados, las IPS responsable de dicha toma de muestra deben recolectar la información individual del caso. El rastreo de contactos realizado en el marco de la estrategia PRASS incluye el diligenciamiento de la ficha de notificación y su canalización para el monitoreo clínico, el seguimiento del aislamiento y la toma de muestra por la EAPB correspondiente.

- Realizar la ficha de investigación epidemiológica de campo de IRA por COVID 2019 disponible en: [https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Apendice%201.%20Ficha IEC COVID-19%2006032020.pdf](https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Apendice%201.%20Ficha%20IEC%20COVID-19%2006032020.pdf)
- Para definir el tipo de pruebas a realizar en cada situación, se debe tener en cuenta lo establecido en el documento- lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para sars-cov-2 (covid-19) en Colombia <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf>

13. Indicadores de la gestión de vigilancia en salud pública de COVID-19

Para evaluar la gestión de la vigilancia en salud pública de COVID-19, se realizará la medición de los siguientes indicadores que permiten revisar el seguimiento de la información oportuna para toma de decisiones para el control y la mitigación del evento:

Nombre del indicador	Proporción de casos confirmados por PCR o pruebas de antígeno que han sido notificados al sistema de información Sivigila
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Mide el porcentaje de casos que ingresan a la base de datos de reporte de COVID-19 que se encuentran notificados en Sivigila
Periodicidad	Semanal
Definición operacional	Numerador: Número de casos con PCR o pruebas de antígeno positiva notificados al Sivigila Denominador: Número total de casos con PCR o pruebas de antígeno positiva
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Reporte Sivigila. Base de datos de reporte COVID
Interpretación del resultado	Del total de casos de COVID con PCR o pruebas de antígeno positiva, el ___ % se encuentran notificados en el Sivigila.
Nivel	Nacional, departamental, municipal, UPGD
Meta	100%

Nombre del indicador	Proporción de casos probables de COVID-19 con muestra
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Corresponde al porcentaje de casos de COVID-19 que se notifican al Sivigila como probables y que se realiza toma de muestra PCR o prueba antigénica (de acuerdo a las definiciones de caso establecidas)
Periodicidad	Semanal
Definición operacional	Numerador: Número de casos de COVID-19 probables notificados al Sivigila y con muestra de PCR o pruebas de antígeno Denominador: Número total de casos de COVID-19 probables notificados al Sivigila
Coeficiente de multiplicación	100

Fuente de información	de	Reporte Sivigila. Base de datos Sismuestra
Interpretación del resultado	del	Del total de casos de COVID-19 notificados como probables el ____ % tiene muestra para PCR o pruebas de antígeno
Nivel		Nacional, departamental, municipal o distrital
Meta		100%

Nombre del indicador	del	Proporción de conglomerados cerrados en 30 días después del último caso reportado
Tipo de indicador		Proceso
Definición		Mide el porcentaje de conglomerados de COVID-19 cerrados 30 días después de la fecha de inicio de síntomas del último caso reportado
Periodicidad		Semanal
Definición operacional		Numerador: Número de conglomerados cerrados Denominador: Número total de conglomerados de COVID-19 reportados
Coficiente de multiplicación	de	100
Fuente de información	de	Base de datos reporte COVID-19. Base de datos consolidado-conglomerados
Interpretación del resultado	del	Del total de conglomerados de COVID-19 reportados, el ____ % se encuentran cerrados
Nivel		Nacional, departamental, municipal o distrital
Meta		100%

Nombre del indicador	del	Proporción del seguimiento a alertas de Coronapp
Tipo de indicador		Proceso
Definición		Mide el porcentaje de casos de alertas identificadas por Coronapp y que tienen seguimiento por la entidad territorial
Periodicidad		Semanal

Definición operacional	Numerador: Número de alertas de Coronapp con seguimiento Denominador: Número total de alertas reportadas por Coronapp
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Base de datos reporte y seguimiento Coronapp
Interpretación del resultado	Del total de alertas identificadas por Coronapp, al ____ % se les ha realizado seguimiento
Nivel	Departamental
Meta	100%

14. Referencias

- (1) Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report - 7 [Internet]. Who.int. 2020 [cited 28 January 2020]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/Coronaviruse/situation-reports/20200127-sitrep-7-2019--ncov.pdf?sfvrsn=98ef79f5_2
- (2) Actualización Epidemiológica Nuevo Coronavirus (2019-nCoV) 27 de enero de 2020 [Internet]. Paho.org. 2020 [cited 28 January 2020]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=Coronavirus-alertas-epidemiologicas&alias=51408-27-de-enero-de-2020-nuevo-Coronavirus-ncov-actualizacion-epidemiologica-2&Itemid=270&lang=es
- (3) About Novel Coronavirus (2019-nCoV) | CDC Symptoms [Internet]. Cdc.gov. 2020 [cited 28 January 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/Coronavirus/2019-ncov/about/index.html>
- (4) Backer J, Klinkenberg D, Wallinga J. The incubation period of 2019-nCoV infections among travellers from Wuhan, China. medRxiv. doi: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.01.27.20018986>
- (5) OPS/OMS. Investigación epidemiológica de campo: aplicación al estudio de brotes. PALTEX. 2018. [Fecha de consulta: 28/01/2020]. Disponible en: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1273-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-5-investigacion-epidemiologica-campo-aplicacion-al-estudio-brotes-3&category_slug=informacao-e-analise-s
- (6) WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. Who.int. 2020 [cited 17 March 2020]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- (7) Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Boletín de prensa No 111 de 2020. [cited 04 April 2020]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-entra-en-fase-de-mitigacion-de-la-COVID-19.aspx>
- (8) Ministerio del Interior. Decreto 1168 de Agosto 2020 [Internet]. Decreto . 2020 [cited 2020 Nov 2]. Available from: https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO_1168_DEL_25_DE_AGOSTO_DE_2020.pdf

- (9) Ministerio del Interior. Decreto 1408 de Octubre 2020 [Internet]. Decreto. 2020 [cited 2020 Nov 2]. Available from: https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO_1408_DEL_30_DE_OCTUBRE_DE_2020.pdf
- (10) Presidencia de la República, Nota de Prensa Emergencia Sanitaria se extiende hasta el 28 de febrero de 2021, anuncia el Presidente Duque, Bogotá Colombia Noviembre 2020
- (11) World Health Organization. Statement on the fifth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. Statement. 2020 [cited 2020 Nov 2]. Available from: [https://www.who.int/news/item/30-10-2020-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/30-10-2020-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
- (12) Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1374 de Octubre 2020 [Internet]. Decreto. 2020 [cited 2020 Nov 2]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto_1374_de_2020.pdf
- (13) Instituto Nacional de Salud, <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
- (14) Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020. Interim U.S. Guidance for Risk Assessment And Public Health Management Of Healthcare Personnel With Potential Exposure In A Healthcare Setting To Patients With Coronavirus Disease (COVID-19). [online] Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html> [Accessed 14 March 2020].
- (15) Organización Panamericana de la Salud. 2020. *Directrices De Laboratorio Para La Detección Y El Diagnóstico De La Infección Con El Virus COVID-19 - OPS/OMS* [. [online] Available at: <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-laboratorio-para-deteccion-diagnostico-infeccion-con-virus-covid-19> .[Accessed 4 April 2020].
- (16) Manual del usuario Sistema Aplicativo Sivigila [Internet]. 2016. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Documentos/SIVIGILA/Manual_Sivigila_2017.pdf
- (17) European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations related to the safe handling of bodies of deceased persons with suspected or confirmed COVID-19. [Internet]. 2020. p. 1–4. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-safe-handling-of-bodies-or-persons-dying-from-COVID19.pdf>
- (18) Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de infección respiratoria aguda. 2017. p. 14-15. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20IRA.pdf>
- (19) CDC. Interim Guidance for Collection and Submission of Postmortem Specimens from Deceased Persons Under Investigation (PUI) for COVID-19 [Internet]. 2020. p. 1–7. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-postmortem-specimens.html>
- (20) Instituto Nacional de Salud. Lineamientos para la vigilancia por Laboratorio de virus respiratorios. 2020. p. 1-11. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Lineamientos%20para%20la%20vigilancia%20por%20Laboratorio%20de%20virus%20respiratorios%2006.03.20.pdf>
- (21) Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19. 2020. p. 1-14. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/manejo-cadaveres-covid-19f.pdf>