

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

Código 998

Versión: 04

Fecha: 14 de marzo de 2022

Grupo de enfermedades transmisibles prevenibles
por vacunación y relacionadas con la atención en salud

transmisibles@ins.gov.co

@INSColombia





Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

Créditos

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General

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

Elaboró

ANGÉLICA MARÍA ROJAS BÁRCENAS
Grupo Enfermedades Prevenibles
por Vacunación y Relacionadas con la Atención en Salud

Actualizó

CARLOS ALBERTO HERNANDEZ LONDOÑO
Grupo Enfermedades Prevenibles
por Vacunación y Relacionados con la Atención en Salud

Revisó

NATALI PAOLA CORTES MOLANO
Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles
por Vacunación y Relacionados con la Atención en Salud

DIANA CAROLINA MALO SANCHEZ
Grupo Enfermedades Transmisibles Prevenibles
por Vacunación y Relacionados con la Atención en Salud

DIANA SHIRLEY RIOS DIAZ
Grupo enfermedades No Transmisibles

Aprobó

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

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

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda. versión 3. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.15>

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

Tabla de contenido

1. Introducción	5
1.1 Situación epidemiológica	5
1.1.1 Situación epidemiológica mundial	5
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.....	9
3. Definición operativa de caso	10
4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles.....	10
4.1. Estrategias de vigilancia	10
4.2. Responsabilidades por niveles	10
4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social	10
4.2.2. Instituto Nacional de Salud	11
4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	11
4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.....	11
4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud	11
4.2.6 Unidades Primarias Generadoras de Datos	12
5. Recolección de los datos, flujos y fuentes de información	12
5.1. Periodicidad del reporte	12
5.2. Flujo de información.....	12
5.3. Fuentes de información	12
6. Análisis de información.....	13
6.1. Procesamiento de datos	13
6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales	13
7. Orientación para la acción	14
7.1. Acciones individuales	14
7.1.1 Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)	14



Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

7.2. Acciones colectivas	14
7.2.1. Información, educación y comunicación	14
7.2.2 Búsqueda Activa Comunitaria	15
7.2.3 Búsqueda Activa Institucional	15
7.3 Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública	15
7.4. Acciones de laboratorio	16
7.4.1. Obtención de muestras para estudio por laboratorio	17
8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia	17
9. Indicadores	17
10. Referencias.....	19
11. Control de revisiones.....	20
12. Anexos.....	21

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad diarreica aguda 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).

Las enfermedades diarreicas son una causa importante de la carga de morbilidad en todo el 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 contaminados (3). Son causadas 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 de las enfermedades diarreicas es en gran parte desconocido (4).

El control de esta enfermedad a nivel mundial inició en 1978 como respuesta al llamado de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que se concertaran acciones alrededor de uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Es necesario contar con herramientas de vigilancia en salud pública para caracterizar el comportamiento de este evento a nivel nacional y subnacional con el objeto de definir medidas de prevención y control (4).

1.1 Situación epidemiológica

1.1.1 Situación epidemiológica mundial

Según cifras de la OMS, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2500 millones de sistemas de saneamiento apropiados, promoviendo a que esta patología sea más frecuente en países en desarrollo (1).

La OMS reporta que las enfermedades diarreicas provocan 760 000 muertes de niños menores de cinco años, siendo de esta manera, la segunda causa de muerte a nivel mundial (1).

La mayoría de los pacientes que sufren episodios diarreicos cursan este cuadro sin complicaciones, por lo general, es un proceso autolimitado, que se resuelve en corto tiempo tomando medidas básicas; sin embargo, el 10 % de los niños requiere atención hospitalaria debido a complicaciones, principalmente deshidratación (3).

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 (GBD 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 (5).

En 2019, la diarrea se clasificó como la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (DALYS) en todas las edades con 3,2 (2,6 – 4,0) DALYS. La carga de enfermedad para el grupo de 0 a 9 años representó el tercer lugar del total de causas de discapacidad con 13,1 (10,7 – 15,1) DALYS (5).

La carga de enfermedad en los menores de 10 años disminuyó un 57,5 % IC 50,3 – 63,1 entre 1990 y 2019. Las patologías del tracto respiratorio bajo, enfermedades diarreicas y meningitis sumaron una disminución del 60 % (5).

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 (5). Las tasas de mortalidad han sido inferiores a 20 casos por cada 100 000 habitantes en los últimos cinco años. Colombia, Brasil, Ecuador, Perú, Bolivia,

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

Uruguay Paraguay y Argentina han disminuido este indicador mientras Chile y Venezuela muestran un aumento para este periodo (5).

Para 2019 los países con mayor aporte al indicador de mortalidad fueron Venezuela, Surinam y Guyana con una proporción mayor al 5 % comparados a nivel mundial (3). Para Latinoamérica el porcentaje de DALYS por enfermedad diarreica aguda fue del 5,36 % (5).

Según el estudio de factores de riesgo y carga de enfermedad de 2019 del instituto de métrica y salud, La diarrea aportó el 6,13 % del total de años perdidos por discapacidad para Latinoamérica en niños menores de cinco años. La asociación entre el desenlace diarrea y el agua insalubre, sanidad e higiene de manos tuvo un aporte del 45,95 % mostrando ser un factor de riesgo prevenible (6).

1.1.3 Situación epidemiológica nacional

En Colombia se registraron en promedio 3 176 916 casos de enfermedad diarreica aguda por año en el sistema de vigilancia en salud pública para el periodo 2014 – 2019; el mayor número de casos se reportó en 2016 con 3 399 997 (7).

La tasa de notificación promedio para este periodo fue de 54,6 casos por cada 1 000 habitantes. La mayor tasa se registró en 2016 con 73,4. En 2020 la tasa de notificación fue de 37,7 casos por cada 1 000 habitantes mostrando un descenso del 44 % frente al año anterior (7).

En 2020 los menores de 1 año fueron los más afectados con una tasa de incidencia de 100,5 casos por cada 1 000 menores, seguido del grupo de 80 y más años con una incidencia de 88,8 casos y el grupo de 1 a 4 años con una tasa de 69,4 casos por 1 000 Habitantes. Los grupos de edad que mostraron incidencias menores a 25 casos por 1 000 habitantes fueron los de 5 a 19 años (7).

El sexo femenino fue el que más aportó a la presentación de esta enfermedad con el 53,4 % (1 021 276 casos). El 96,5 % de

los casos fue atendido en consulta ambulatoria y el 3,4 % requirió manejo hospitalario (7).

Las incidencias más altas se presentaron en Guainía con 106,5, seguido de Antioquia 63,6, Amazonas 57,6 y Bogotá con 55,8 casos por cada 1 000 habitantes respectivamente; en contraste, las entidades territoriales que tuvieron una menor incidencia fueron Buenaventura, Vaupés y Chocó con 6,2, 9,4 y 11,7 casos por cada 1 000 habitantes respectivamente (7).

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).

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).

Según su duración, la diarrea puede clasificarse como aguda o persistente. La enfermedad aguda comienza súbitamente y dura menos de dos semanas; la persistente comienza como diarrea aguda, pero dura 14 días o más (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 astrovirus con 1 al 4 % (8, 9).

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

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

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*) (9, 10).

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 (ver tabla 1).

Tabla 1. Agentes etiológicos vinculados con EDA

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Los principales agentes causales de enfermedad diarreica aguda son: rotavirus, <i>Escherichia coli</i> , <i>Campylobacter spp</i> , <i>Shigella spp</i> , <i>Salmonella spp</i> , <i>Giardia duodenalis</i> , <i>Yersinia enterocolítica</i> y <i>Entamoeba histolytica</i> .
Modo de transmisión	<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>Campylobacter spp</i>: leche, agua y otros alimentos contaminados. • <i>Shigella spp</i>: fecal-oral y alimentos contaminados. • <i>Salmonella spp</i>: 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.
Período de incubación	<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 spp</i>: de 1 a 2 días. • <i>Shigella spp</i>: varía de 1 a 7 días, pero típicamente de 2 a 4 días. • <i>Salmonella spp</i>: 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 enterocolítica</i>: de 4 a 6 días, aunque varía de 1-14. • <i>Entamoeba histolytica</i>: de 2 a 4 semanas.
Periodo de transmisibilidad	<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. El rotavirus por lo común 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 spp</i>: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo se elimina por materia fecal hasta 5-7 semanas.

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

Aspecto	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Shigella spp</i>: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo. • <i>Salmonella spp</i>: mientras persista la bacteria en las heces del enfermo. • <i>Giardia duodenalis</i>: durante el período de excreción de quistes. • <i>Yersinia enterocolítica</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: la susceptibilidad 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 spp</i>: la mayoría de los episodios de shigelosis en pacientes previamente sanos son autolimitados y se resuelven en 5 a 7 días sin secuelas. <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p><i>Yersinia enterocolítica</i>: afecta principalmente a niños y a los adultos con factores de predisposición como el almacenamiento excesivo de hierro y estados inmunosupresores.</p>

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).

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).

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

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 miembros 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.

En Colombia teniendo en cuenta las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública, específicamente en las dimensiones de Salud Ambiental, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Vida Saludable y Condiciones Transmisibles, así como en las dimensiones transversales y del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (11), se requiere contar con información a fin de caracterizar su comportamiento a nivel nacional y subnacional; este es un insumo fundamental para la construcción de mapas de riesgo 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

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 a los indicadores establecidos para la vigilancia.
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 la enfermedad diarreica aguda en el país.

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

3. Definición operativa de caso

Tabla 2. Definición operativa de caso

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 (1).</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>
Ajustes	<p>Los ajustes a la información se deben realizar en el siguiente periodo epidemiológico (4 semanas) desde la fecha de notificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste 6: descartado • Ajuste D: por error de digitación • Ajuste 7: otros ajustes (calidad de la base)

Nota: deben ser considerados los siguientes criterios de exclusión:

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

Toda muerte por EDA en población de cinco años y más 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 del evento Cólera código 200.

4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

4.1. Estrategias de vigilancia

La principal estrategia es la vigilancia pasiva, mediante notificación a Sivigila de manera semanal y colectiva teniendo en cuenta los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) a través del módulo de procesamiento

SIANIEPS de Sivigila escritorio empleando los códigos CIE-10 relacionados con el evento.

La vigilancia activa se realizará mediante la Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) y Búsqueda Activa Institucional (BAI).

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) (15,16). 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.

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

4.2.2. Instituto Nacional de Salud

- Realizar asistencia técnica y acompañamiento a las entidades territoriales según evaluación de perfil de riesgo para el 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 las acciones de control en salud pública.
- Realizar análisis de la información registrada en el Sistema de vigilancia en salud pública y divulgar estos resultados (Boletín epidemiológico semanal, informe de evento, entre otros) para contribuir al diseño de estrategias de prevención y control a nivel nacional y subnacional.

4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- 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.

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.

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

- 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.

5. Recolección de los datos, flujos y fuentes 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 (urgencias, observación, servicio de hospitalización, UCI, etc). Si no cuenta con la disponibilidad de los RIPS en la estructura definida para el cargue, debe garantizar la notificación con otra estrategia (ver tabla 3).

Tabla 3. Periodicidad del reporte

Notificación	Responsabilidad
Notificación semanal	Debe reportarse de manera semanal y acumulado de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

5.2. Flujo de información

La notificación de este El flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos. 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: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/1-manual-sivigila-2018-2020.pdf>

5.3. Fuentes de información

Fuente primaria

Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales como instrumentos propios, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso del evento de morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda (código: 998).

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

Fuente secundaria

Corresponde al conjunto de datos, sobre hechos o fenómenos, que se obtienen a partir de la recolección realizada por otros. En el evento morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda, estas fuentes corresponden a:

- Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
- Historias clínicas.
- Registro de defunción – tomado del Registro Único de Afiliados (RUAF).
- Registro de pruebas de laboratorio
- Proyecciones del Censo de población de 2021 – tomado del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

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.

Para la variable condición final muerto para cada servicio se debe tomar el número de muertes en las que la causa

básica, antecedente o directa sea la enfermedad diarreica aguda.

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

El proceso de análisis rutinario debe incluir:

- Comportamiento de la notificación de casos por semana epidemiológica.
- Distribución de casos por entidad territorial por niveles (departamento/ distrito – municipio).
- Comportamiento por grupos de edad
- Incidencia del evento por nivel y comparación del comportamiento con el nivel nacional.

En cada subnivel territorial se deben construir cuadros de control por unidades de observación (UPGD, municipio, regiones, entre otros); por semana y periodo epidemiológico, trimestres, semestre, según el caso; con el objetivo de identificar tendencias y detectar de manera oportuna un cambio en el comportamiento del evento.

Para el cálculo de los indicadores se la población utilizada es tomada de las proyecciones de población DANE.

Dado que el evento tiene una alta frecuencia en notificación y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años, se realiza el análisis de los comportamientos inusuales a través de la metodología de MMWR (12). Mediante esta metodología se establecen las diferencias estadísticamente significativas entre lo observado y lo esperado, la ventana histórica de estimación contempla cinco a siete años previos al año de análisis.

Se considera un comportamiento inusual cuando la razón observada supera los intervalos de confianza establecidos.

Esta metodología requiere el cálculo de:

- Promedio
- Desviación estándar

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

- Coeficiente de variación
- Límite inferior
- Límite superior
- Razón observada
- Razón esperada

La información se analiza con el periodo actual (observado), que consta de un conjunto de 4 semanas (incluye la semana que se desea evaluar y 3 semanas anteriores) y se compara contra 3 periodos o línea de base (el periodo anterior son 4 semanas anteriores al actual; el periodo posterior consta de 4 semanas posteriores al actual). Mediante esta metodología se realiza la comparación periódica de la notificación con el comportamiento histórico del evento para detección de aumento o disminución inusitado de casos por cada unidad territorial.

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.

Al identificar los municipios o UPGD con silencio o baja notificación, se debe realizar BAI para establecer el comportamiento del evento en estos territorios, posteriormente realizar la notificación a través de la herramienta SIANIESP y garantizar el cumplimiento y el sostenimiento de la notificación cada semana.

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 control 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 debe incluir caracterización del caso, variables sociodemográficas, clínicas y antecedentes que den lugar a posibles escenarios de riesgo de transmisión de agentes vinculados a EDA con el fin de establecer fuentes de contagio.

Adicionalmente mediante la IEC se debe realizar un censo de contactos a fin de identificar posibles casos relacionados.

7.2. Acciones colectivas

7.2.1. Información, educación y comunicación

Realizar capacitaciones de manera continua acerca del comportamiento de la EDA y las medidas preventivas que se deben implementar en población general como: vacunación

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

para mantener alta inmunidad y control de factores de riesgo ligado a calidad del agua, higiene y sanidad básica y manejo de alimentos.

Así mismo, se deben realizar acciones de información, educación y comunicación que permitan identificar el riesgo, para el personal de salud y activar las redes comunitarias de vigilancia. Estas acciones de pueden incluir cartillas, videos dirigidos a la comunidad y guías y cursos dirigidos al personal de salud de las UPGD y personal de vigilancia en salud pública.

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.

Dado la alta incidencia de evento se considera un comportamiento inusual la no notificación de casos por más de dos semanas epidemiológicas consecutivas en una UPGD. Por otro lado, la identificación de comportamientos inusuales hacia el incremento o la disminución que se identifiquen a través de los comportamientos históricos son una situación de alarma; al identificarse estas situaciones es obligatoria la BAI según el numeral 5.2 del documento técnico de: “Metodología de BAI de RIPS” (ver anexo 4).

7.3 Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública

Ante la sospecha de un brote por enfermedad diarreica aguda, 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, de ancianos, personas en condición de discapacidad, poblaciones especiales 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 un brote o conglomerado de casos de EDA puede estar relacionado con una Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) por lo que se deberá tener en cuenta las acciones definidas para el abordaje y control de brotes de ETA lo cual incluye identificación de posible fuente y toma de muestras biológicas, alimentos, agua, y otros según hallazgos. Si los hallazgos de la investigación epidemiológica de campo confirman la existencia de un brote de ETA se deberá realizar la notificación del brote a través de la ficha colectiva del evento (Cod 349) y adelantar las acciones definidas en el protocolo de este evento.

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.

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

- 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.

Importante: no depender de resultados de laboratorio para desarrollar actividades de control e investigación de brotes.

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 se debe emitir 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 de manera más amplia las acciones implementadas para el control, la metodología, los resultados y los criterios de cierre de la situación. El formato departamental de SITREP está disponible en: <http://url.ins.gov.co/7nib8>

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.

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

7.4.1. Obtención de muestras para estudio por laboratorio

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.

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 disponible en: <https://acortar.link/miip> o <https://miip.link> (13).

8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública de la morbilidad por EDA 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 (14).

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, iii. Mapas de riesgo, iv. Diagramas de calor y v. 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.

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales tienen bajo su responsabilidad difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros. Es necesario divulgar este tipo de herramientas generadas desde el nivel nacional y local que optimizan el procesamiento de los datos de las diferentes unidades que hacen parte de la red de vigilancia en salud pública del país.

Cuando sea necesario el INS generará circulares o alertas a la comunidad médica o a la población general para informar sobre la situación y las medidas preventivas que se deben implementar. Igualmente comunicará alertas emitidas por organismos internacionales como la OMS o la OPS.

9. Indicadores

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

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 (ver tabla 4).

Tabla 4. Indicadores para la vigilancia de morbilidad por EDA

Nombre del indicador	Proporción de incidencia enfermedad diarreica aguda
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Número de casos enfermedad diarreica aguda por cada 1 000 habitantes
Periodicidad	Semana, periodo epidemiológico, semestral, anual
Propósito	Evaluar la magnitud del evento
Definición operacional	Numerador: total de casos de enfermedad diarreica aguda Denominador: total de población en el periodo a evaluar (municipio o departamento) (Censo DANE 2005/ Proyecciones)
Coficiente de multiplicación	1000
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	La proporción de incidencia de enfermedad diarreica aguda es de ____
Nivel	Nacional, departamental/distrital, municipal,
Meta	No aplica

Nombre del indicador	Proporción de UPGD y municipios silenciosos
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Número de UPGD y municipios silenciosos por semana epidemiológica
Periodicidad	Semanal
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
Coficiente 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	0%

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

10. Referencias

1. Organización Mundial de la salud. Enfermedades diarreicas. [Internet] 2017. Fecha de consulta: 08 de marzo del 2022. 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. 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)
6. 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)
7. Instituto Nacional de salud. Informe del Evento Enfermedad Diarreica Aguda Colombia, 2020. [Internet] 2020. Fecha de consulta: 08 de marzo del 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ENFERMEDAD%20DIARREICA%20AGUDA_2020.pdf
8. Bellido J. Epidemiología de las gastroenteritis agudas víricas. 6a Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Sociedad española de epidemiológica. ISBN: 84-96277-12-7
9. 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>
10. Riveros M, Ochoa T. Entero patógenos de importancia en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* ISSN 1726-4634
11. Departamento Nacional de Planeación. Agua limpia y saneamiento. [Internet] 2020 Fecha de consulta: 08 de marzo del 2022. Disponible en: <https://www.ods.gov.co/es/objetivos/agua-limpia-y-saneamiento>
12. 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.
13. Instituto Nacional de salud. Manual de Instrucciones para la Toma, Preservación y Transporte de Muestras de Agua de Consumo Humano para Análisis de Laboratorio, 2011. [Internet] 2011. Fecha de consulta: 08 de marzo del 2022. Disponible en:

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

<https://www.ins.gov.co/sivicap/Documentacin%20SIVICAP/2011%20Manual%20toma%20de%20muestras%20agua.pdf>

14. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. [Internet] 2002 Fecha de consulta: 08 de marzo del 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE4.pdf>
20. 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: 8 de febrero de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>
21. 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

11. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
01	2016	10	12	Elaboración protocolo de vigilancia	Angélica María Rojas Bárcenas Equipo funcional inmunoprevenibles
02	2017	12	29	Publicación del protocolo de vigilancia	Angélica María Rojas Bárcenas Equipo funcional inmunoprevenibles
03	2020	01	30	Actualización de conceptos y formato	Milena Patricia Delgado Malagón Equipo funcional inmunoprevenibles
04	2022	03	14	Actualización de conceptos y formato	Carlos Alberto Hernandez Londoño Grupo enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación y relacionadas con la atención en salud

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

12. Anexos

Anexo 1. Ficha de notificación 998

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/998_830_621_901_Y_Brotos_2020.pdf

Anexo 2. 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
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 ESTAFILOCOCCICA
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

Protocolo de Vigilancia de la Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda

Código CIE 10	Nombre CIE 10
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