 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>	Página 1 de 15
		PRO-R02.003.0000-036	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

## 1. OBJETIVOS

### 1.1. Objetivo general

Realizar seguimiento continuo y sistemático a la dinámica del cólera de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos para la adecuada toma de decisiones propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

#### a. Objetivos específicos

- Evaluar el cumplimiento en la aplicación del protocolo por parte de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), Unidades Notificadoras Municipales (UNM) y Unidades Notificadoras Departamentales o Distritales (UND).
- Conocer la magnitud del evento y caracterizar el comportamiento de la vigilancia de cólera en el país.
- Caracterizar los factores de riesgo y la población más expuesta a la presentación del evento.
- Establecer los procesos de laboratorio adecuados para la recolección, transporte y análisis de las muestras para el diagnóstico del cólera.
- Fortalecer los procesos de notificación inmediata e investigación de los casos sospechosos, durante las primeras 24 horas.
- Orientar las medidas de control que deben adelantarse frente a un caso sospechoso o confirmado.

## 2. ALCANCE

Este documento define los lineamientos para los procesos de notificación, recolección y análisis de los datos que orientarán las medidas de prevención, vigilancia y control de cólera nacional, departamental y municipalmente según se requiera.


## 3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud, a través de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública y de la Red Nacional de Laboratorios, emitir los lineamientos para realizar la vigilancia del evento, a través de este documento y de los actores del sistema:

- Ministerio de la Protección Social (MPS) - Centro Nacional de Enlace (CNE).
- Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).
- Instituto Nacional de Salud (INS) - Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.
- Unidades notificadoras: entidades territoriales de carácter departamental, distrital y municipal.
- Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD): entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

## 4. DEFINICIONES

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>		Página 2 de 15
	PRO-R02.003.0000-036		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

## 5. CONTENIDO

### 5.1. Importancia del evento

#### 5.1.1. Descripción del evento

El cólera es la enfermedad diarreica aguda más grave que se conoce y tiene la particularidad de que se disemina rápidamente causando epidemias. En comunidades no preparadas puede llegar a producir la muerte hasta en 50% de los pacientes; sin embargo, cuando se organizan servicios de tratamiento, se dispone de personal médico capacitado y de insumos médicos apropiados, la letalidad puede reducirse a menos de 1% (1,2).

El cólera es una enfermedad bacteriana intestinal aguda de tipo secretorio que se caracteriza por comienzo repentino, generalmente sin fiebre. La enterotoxina producida por *Vibrio cholerae* O1 provoca el escape de enormes cantidades de líquido y electrolitos hacia la luz del intestino, lo cual produce rápidamente una diarrea acuosa y profusa sin dolor, vómitos ocasionales, deshidratación rápida, acidosis, calambres y choque circulatorio. La deshidratación puede llevar a la muerte si los casos no son tratados oportunamente (1).

La respuesta frente a un brote de cólera está generalmente asociada a los servicios de salud; sin embargo, es importante generar una respuesta intersectorial adecuada para lograr disminuir el impacto de la enfermedad (2).

Colombia cuenta con múltiples factores de riesgo para el desarrollo de brotes de cólera, por lo que debe mantenerse una vigilancia continua del evento.

Aspecto	Descripción
<b>Agente etiológico</b>	El cólera es causado por un bacilo anaerobio facultativo, Gram negativo, con un solo flagelo polar que le da gran movilidad, llamado <i>Vibrio cholerae</i> . (3) La mayoría de los aislamientos de <i>V. cholerae</i> obtenidos en epidemias de cólera son de los serogrupos O1 y O139. (2) Los aislamientos de <i>V. cholerae</i> O1 responsables del cólera endémico y epidémico están clasificados en dos biotipos de acuerdo con sus propiedades bioquímicas: el clásico y el Tor, de los cuales este último es el causante de las epidemias en el mundo, debido a que el clásico no se ha encontrado fuera de India y Bangladesh. Además, <i>V. cholerae</i> O1 se clasifica en dos serotipos principales: el Ogawa y el Inaba, con base en la aglutinación con antisueros. Un tercer serotipo, el Hikojima, se presenta rara vez. Estos serotipos pueden cambiar durante las epidemias, producen enterotoxinas similares y el cuadro clínico es muy semejante (4,5)
<b>Modo de transmisión</b>	El cólera se transmite por la ingestión de agua y alimentos contaminados con vómitos o heces de personas infectadas y, en menor grado, de portadores. Alimentos que son fuentes comunes de infección <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pescado y mariscos provenientes de aguas contaminadas consumidos crudos.</li> <li>● Alimentos contaminados, especialmente los húmedos con pH neutro como el arroz y las lentejas.</li> <li>● Verduras y hortalizas regadas con aguas contaminadas.</li> </ul> El único huésped susceptible es el ser humano. Para adquirir la enfermedad se requiere ingerir un alto número de microorganismos viables. El cólera no se difunde por contacto directo de persona a persona debido a las dosis relativamente grandes de microorganismos que se necesitan para superar la barrera de la acidez gástrica. (1)
<b>Periodo de transmisión</b>	Algunos informes refieren que los casos son transmisores varios días después de la recuperación, aun después de haber recibido antibióticos. Sin embargo, el estado de portador puede ser asintomático y persiste por meses.(6)
<b>Periodo de incubación</b>	De horas a cinco días; en promedio de dos a tres días. (3,7)

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>	Página 3 de 15
		PRO-R02.003.0000-036	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

### 5.1.2. Caracterización epidemiológica

Se han presentado siete pandemias de cólera documentadas desde 1817 y se han seguido presentando brotes esporádicos de la misma, “los desastres, naturales o provocados por el hombre pueden agravar considerablemente el riesgo de epidemias de cólera, al igual que las condiciones de vida en los campamentos de refugiados superpoblados, con altas tasas de letalidad. Por ejemplo, después de la crisis de Rwanda, en 1994, varios brotes de cólera causaron al menos 48.000 casos y 23.800 muertes en el intervalo de un mes en los campamentos de refugiados en Goma, en el Congo. Debido a esto los brotes siguen siendo un importante motivo de preocupación para la salud pública, pues causan grandes estragos sociales y económicos y cobran numerosas vidas. En 2001, la OMS y sus asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante brotes epidémicos participaron en la verificación de 41 brotes de cólera en 28 países” (7).

En 1961, se declaró en Indonesia la séptima pandemia de cólera, que se propagó rápidamente a otros países de Asia, Europa, África y, finalmente, en 1991, llegó a 16 países de América Latina, que había estado libre de la enfermedad durante más de un siglo (7). “En 1992 apareció en Bangladesh el biotipo El Tor causante de la epidemia, el cual fue denominado *Vibrio cholerae* O139 Bengal. Este nuevo serogrupo fue detectado en 11 países y es objeto de estrecha vigilancia” (7).

En Kirkuk, al norte de Irak, el 14 de agosto de 2007, un brote de cólera se propagó a nueve de las 18 provincias del país. Se calculó que hubo más de 30.000 personas enfermas con diarrea acuosa aguda, de las cuales 3.315 fueron positivas para *V. cholerae*. Se presentaron 14 casos mortales (7).

Entre agosto de 2008 y hasta el 30 de mayo de 2009, el Ministerio de Salud y Bienestar Infantil de Zimbabwe había notificado 98.424 casos sospechosos, 4.276 de ellos mortales (tasa de letalidad de 4,3%). Se vieron afectados 55 de los 62 distritos del país en sus 10 provincias. El número semanal de casos notificados disminuyó de más de 8.000 a principios de febrero de 2009 a unos 100 a finales de mayo. La tasa de letalidad semanal también disminuyó de un máximo cercano al 6% en enero de 2009 a un 1,5% en la semana que terminó el 30 de mayo de 2009(7).

En agosto de 2008 el Gobierno de Irak notificó los primeros casos de cólera del año. Para el 28 de septiembre de 2008 se habían registrado 341 casos confirmados mediante pruebas de laboratorio, cinco de ellos mortales (tasa de letalidad de 1,5%) (7).

Para el 21 de septiembre de 2008 Guinea-Bissau había notificado en el conjunto del país 7.166 casos que provocaron la muerte de 133 personas. La tasa de letalidad general se cifra en 1,9%, y se sitúa por debajo del 1% entre los casos hospitalizados. Por el contrario, la tasa de letalidad llegó hasta el 9% en las zonas remotas, señal de que las poblaciones rurales afectadas por el cólera no reciben tratamiento con rapidez suficiente para salvar vidas (7).

Año 2010: la oleada actual de brotes de cólera en África Central comenzó hace pocos meses. Hasta el 3 de octubre se habían registrado 40468 casos, 1879 de ellos mortales en Camerún, Chad, Níger y Nigeria. A esta incidencia inusualmente elevada de cólera están contribuyendo factores como la estación de lluvias y las inundaciones, las malas condiciones higiénicas y los movimientos de población de la zona. No obstante, esta zona, donde el cólera es endémico, se ve afectada periódicamente por pequeños brotes. En el caso de Camerún, entre el 6 de mayo y el 3 de octubre se notificaron 7869 casos, 515 de ellos mortales (tasa de letalidad del 6,5%), en seis regiones (Centro, Extremo Norte, Litoral, Norte, Oeste

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>	Página 4 de 15
		PRO-R02.003.0000-036	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

y Sudoeste). La mayoría de los casos (97%) se han registrado en la región Extremo Norte. Y se están aplicando medidas preventivas y de control. Con el apoyo de la OMS como coordinadora del grupo de acción sanitaria y en estrecha colaboración con otros asociados de dicho grupo y del grupo del agua y el saneamiento, el Ministerio de Salud ha establecido en Maroua (región Extremo Norte) un Centro de Comando y Control del Cólera cuya función consiste en ofrecer a los asociados coordinación técnica en las áreas de vigilancia epidemiológica y de laboratorio, tratamiento de los casos, movilización social, logística, control de la infección y agua y saneamiento en los centros terapéuticos. El sistema también debería dar aviso inmediato de nuevos brotes. En Chad entre el 13 de julio y el 3 de octubre se notificaron 2508 casos, 111 de ellos mortales (tasa de letalidad del 4,4%), en 12 distritos sanitarios de 6 regiones. En Níger entre el 3 de julio y el 1 de octubre se notificaron 976 casos, 62 de ellos mortales (tasa de letalidad del 6,4%), en las regiones de Diffa, Maradi, Tahoua y Zinder y finalmente en Nigeria, entre el 4 de enero y el 3 de octubre se notificaron 29 115 casos, 1191 de ellos mortales (tasa de letalidad del 4,1%), en 144 zonas de gobierno local de 15 estados, entre ellos el Territorio de la Capital Federal. El brote sigue activo y extendiéndose a nuevas zonas geográficas. Se han producido grandes inundaciones y desplazamientos de gran número de personas, lo cual ha agravado la situación (7).

El 20 de octubre de 2010 se confirmaron por laboratorio los primeros casos de cólera (*V. cholerae* O:1 serotipo Ogawa) en pacientes hospitalizados en el departamento de Artibonite (Haití). Desde el inicio del brote de cólera en la SE 42 de 2010 a la SE 3 de 2011, el Ministère de la Sante Publique et de la Population (MSPP) de Haití registró un total de 207.613 casos de cólera de los cuales 56,4% (117.104) requirieron hospitalización y el 1,9% fallecieron (tasa global de letalidad) (8).

Los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) realizaron pruebas de laboratorio para establecer la cepa de cólera en el brote en Haití; los resultados indican que la cepa es muy similar a las cepas de cólera en Asia meridional. Según el doctor Alex Larsen, Ministro de Salud de Haití, este no es algo inesperado, ya que las cepas pueden trasladarse entre distintas áreas por los viajes y el comercio mundiales. Las pruebas de laboratorio no aclararon si la cepa se transmitió por alimentos o agua contaminados, o por una persona infectada (9).

En la SE 46, el Centro Nacional de Enlace de Republica Dominicana informó sobre la confirmación de un caso importado de cólera procedente de Haití; posteriormente, otros dos casos fueron confirmados, todos ellos residentes de Santo Domingo. En esa misma semana, Estados Unidos informó sobre un caso importado de cólera en una paciente residente en el estado de Florida (10).

El Ministerio de Salud Pública de República notifica 263 casos de cólera confirmados por laboratorio (191 en el 2010 y 72 en las primeras tres semanas del 2011), con un caso fatal. Se han registrado casos y hospitalizaciones por cólera en 15 de las 31 provincias del país (8).

Por otra parte, el 22 de enero de 2011 se llevó a cabo una reunión social en la provincia de La Romana (República Dominicana) donde asistieron 452 venezolanos, que al regresar a su país presentaron sintomatología compatible con cólera. Hasta el 1 de febrero de 2011, el Ministerio del Poder Popular de la Salud de Venezuela, reportó 185 pacientes ya contactados del grupo. De estas personas 27 que resultaron positivas estuvieron hospitalizadas, 47 recibieron atención ambulatoria y 101 están asintomáticas, pero todos recibieron el tratamiento establecido (11).

El cólera es una de las tres enfermedades para las que el Reglamento Sanitario Internacional exige la declaración de los casos a la OMS. Las cifras declaradas se publican en el *Weekly Epidemiological*

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>	Página 5 de 15
		PRO-R02.003.0000-036	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

*Record-Relevé épidémiologique hebdomadaire*, pero se sospecha que el número de casos que se presentan es mayor debido a que los sistemas de vigilancia son deficientes y, además, por temor a las sanciones comerciales y la pérdida de turismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los casos declarados oficialmente en el mundo representan en torno al 5-10% de la cifra real (7).

En 1991 “La llegada de *V. cholerae* O1 El Tor a América Latina y su rápida expansión, especialmente a Perú, Ecuador y Colombia, pusieron en evidencia la dramática situación socio-económica y cultural de aproximadamente un tercio de los habitantes de la región”(12). Aunque no se ha aclarado el origen en la sub-región Latinoamericana, la cepa de *V. cholerae* O1 El Tor tiene la misma identidad genética que la de Bangladesh de la séptima pandemia.

Los factores que contribuyeron al desarrollo de la epidemia fueron los siguientes:

- El saneamiento básico deficiente (la no disponibilidad de agua segura y/o eliminación sanitaria de excretas) (12).
- La manipulación inadecuada de los alimentos.
- El uso de aguas servidas para riego.
- La contaminación de los cursos de agua.
- La reducción de la acidez gástrica, por cualquier causa, facilita la infección.
- Alta densidad de población y hacinamiento.
- Hábitos higiénicos personales inadecuados.
- Hábito de mascar coca (produce pH gástrico alcalino) en las zonas andina (12).

Las tasas de ataque fueron: en el grupo de menores de 1 año, menores de 0,5 %; en el grupo de 1 a 14 años, 0,5%, y en los niños mayores y adultos, 0,6 %, con una letalidad de 0,9%. La mayor incidencia acumulada por 1.000 habitantes en el período 1991- 1995 se registró en Perú, Ecuador, Bolivia, Guatemala, El Salvador y Nicaragua. La epidemia en Perú provocó 12.000 casos en las dos primeras semanas y se extendió en 2 mil kilómetros de costa; 97.000 casos se produjeron en dos meses (12).

En Colombia, la epidemia del cólera se inició en 1991 en la costa pacífica, y siguió los cauces de los ríos Magdalena y Cauca; entre 1991 y 1992, las tasas de incidencia fueron de 51,2 y 39,8 casos por 100.000 habitantes, respectivamente; en los dos años siguientes la tendencia fue a la disminución y en 1995 y 1996 se apreció un incremento, alcanzando una tasa de 11,5 casos por 100.000 habitantes en ese último año. Desde entonces la tasa ha disminuido progresivamente. En 1999, se registraron 13 casos distribuidos en ocho departamentos del país, para una tasa de incidencia de 0,31 casos por 100.000 habitantes. Entre 2000 y 2003 no se reportó ningún caso de cólera en el país; en 2004 se reportaron cinco casos procedentes de Nariño y desde el año 2005 hasta la fecha no se han reportado más casos confirmados (13).

Además de la morbilidad que provoca la enfermedad, los brotes de cólera causan reacciones de pánico y desorganización social y económica; generan restricciones en los viajes desde y hacia los países donde se ha declarado el brote, y limitaciones en las importaciones de alimentos (7).

## 5.2. Estrategia

### 5.2.1 Vigilancia pasiva

- Notificación de casos al Sivigila.
- Análisis de casos sospechosos y confirmados de cólera notificados.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>	Página 6 de 15
		PRO-R02.003.0000-036	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

### 5.2.2 Vigilancia activa

- Búsqueda activa institucional
- Búsqueda activa comunitaria

### 5.2.3 Vigilancia Intensificada

Debido a la actual alerta internacional de casos de cólera, el MPS y el INS emitieron las circulares 067 de 2010 y la 4000-2-4398 del 18 de Noviembre de 2010 con el fin de intensificar las acciones de prevención, vigilancia y control en salud pública del cólera, la enfermedad diarreica aguda y las enfermedades transmitidas por alimentos en el país.

- Intensificación de la vigilancia de cólera EDA, ETA, en las UPGD, unidades notificadoras municipales, departamentales y distritales.
- Intensificar la vigilancia de cólera. EDA y ETA en puertos, aeropuertos, pasos fronterizos, zonas costeras.
- Vigilancia ambiental: análisis de muestras de agua para consumo, aguas residuales, aguas marinas, estuarios.
- Intensificación de los procesos de IVC (inspección, vigilancia y control de alimentos críticos).

## Información y configuración del caso

### 5.2.4 Definición operativa de caso

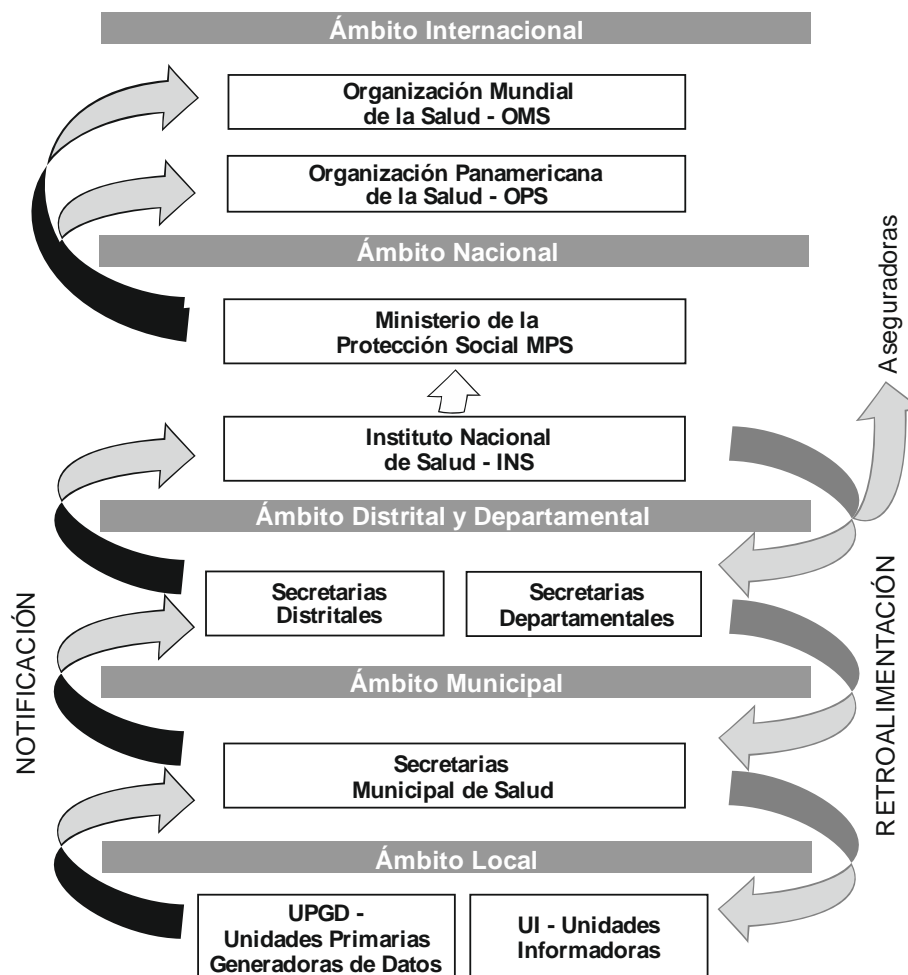
Tipo de Caso	Características de la clasificación
<b>Caso sospechoso</b>	<p>Todo paciente mayor de 5 años, con Enfermedad Diarreica de inicio súbito y evacuaciones abundantes, con deshidratación moderada a severa, con o sin vómito; que puede llegar en choque y en ocasiones tener deposiciones en "agua de arroz".</p> <p>O</p> <p>Todo paciente que fallezca, y que presente Enfermedad Diarreica Aguda como diagnóstico de ingreso o de base.</p>
<b>Caso confirmado</b>	<p>Es el caso sospechoso que cumple con cualquiera de los siguientes criterios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Confirmación por laboratorio</b> con cultivo de heces positivo para <i>V. cholerae</i> O1 o O139 toxigénico</li> <li>• <b>Confirmación por nexo epidemiológico</b> por :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- historia de contacto con un enfermo de cólera confirmado por laboratorio dentro de un período de 10 días, o</li> <li>- antecedente de circulación activa del <i>V. cholerae</i> serotipo O1 u O139 toxigénico en el área de trabajo o residencia del caso. Se considera área de circulación activa aquella en donde el <i>V. cholerae</i> O1 u O139 toxigénico ha sido aislado en 5 o más muestras biológicas o ambientales (agua, alimentos o restos de alimentos).</li> </ul> </li> </ul>




 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b> PRO-R02.003.0000-036	Página 7 de 15
		Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por: Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por: Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por: Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04

### 5.3 Proceso de vigilancia

#### 5.3.1. Flujo de la información



El flujo de la información se genera desde la Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) hacia el municipio y del municipio hasta el nivel nacional e internacional. Desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>		Página 8 de 15
	PRO-R02.003.0000-036		Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

### 5.3.2. Notificación

Notificación	Responsabilidad
<b>Notificación inmediata e individual</b>	Notificación inmediata de todos los casos sospechosos o confirmados de cólera.
<b>Notificación semanal</b>	Del municipio al departamento: la presencia o ausencia de casos sospechosos y confirmados de cólera debe informarse semanalmente de conformidad con la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública. Del departamento a la nación: a través del Sivigila: presencia o ausencia de casos sospechosos y confirmados de cólera.
<b>Ajustes por períodos epidemiológicos</b>	Los casos sospechosos de cólera deben ser investigados para definir su clasificación y ser ajustados al sistema dentro de las cuatro semanas epidemiológicas siguientes a su notificación.

Las UPGD, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo con las definiciones de caso contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de la Protección Social.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

## 5.4 Análisis de los datos

### 5.4.1 Indicadores

Ver indicadores de SVCSP

## 5.5 Orientación de la acción

### 5.5.1. Acciones Individuales

Investigación de caso: inmediatamente sea notificado el caso sospechoso de cólera, se procede a realizar la investigación epidemiológica con el objetivo de establecer las características de la persona afectada, cuándo, dónde y de qué manera fue infectada e identificar otras personas que pueden estarlo.



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>	Página 9 de 15
		PRO-R02.003.0000-036	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

Consiste en la obtención detallada de los datos que permitan establecer el diagnóstico diferencial con otro tipo de diarreas. Es preciso investigar cada caso en la UPGD y con el médico tratante, verificando que se haya realizado la toma de la muestra. El nivel municipal debe realizar la investigación de caso y de campo.

La investigación de caso se debe hacer de acuerdo con los siguientes aspectos.

- Realizar el estudio de caso de acuerdo con los criterios de clasificación y las pruebas de laboratorio utilizadas para soportar el diagnóstico.
- Determinar la fuente de infección: tipo de alimentos consumidos y fuentes de abastecimiento de agua para el consumo.
- Indagar y verificar hábitos de higiene personal y de la manipulación de alimentos.
- Indagar desplazamiento en las últimas semanas o contacto con otro enfermo.
- Identificación de contactos.

### 5.5.2 Acciones Colectivas

Investigación Epidemiológica de Campo: la investigación epidemiológica de campo debe realizarse dentro de las 24 horas siguientes a la captación de un (1) caso sospechoso de cólera, con el objetivo de determinar la fuente de infección cada vez que se trate de la presencia de una epidemia en un área libre de la enfermedad o en un área de circulación de *V. cholerae* con casos autóctonos esporádicos.


Para determinar la fuente de infección se deben reconstruir las actividades del caso en los 10 días anteriores a la aparición de síntomas, resaltando en la historia las migraciones, el tiempo de permanencia en los lugares y los alimentos consumidos. Se debe determinar si hay antecedentes de contacto con casos clínicamente compatibles con cólera, así como proceder a verificar las fuentes de abastecimiento de agua, los procedimientos de disposición de desechos, las condiciones de preparación y utilización de alimentos y su procedencia. Este levantamiento de datos debe permitir identificar los factores que incidieron o determinaron la infección de la persona.

Se debe realizar búsqueda activa de casos, pero ésta no debe limitarse sólo a los contactos y convivientes del mismo, sino incluir otras personas de zonas aledañas del municipio y usuarios de los organismos de salud.

El caso que se detecta en áreas sin evidencia de circulación de *V. cholerae*, y que proviene de áreas endemo-epidémicas será considerado caso importado. La clasificación de importado merece ser especificada sólo en áreas de riesgo silenciosas o de baja incidencia de cólera.

Tratamiento de casos: el tratamiento de los casos de cólera debe hacerse de acuerdo con los lineamientos técnicos establecidos en la Guía para la atención de pacientes de Cólera de la OMS.

La hidratación es el pilar angular en el tratamiento del cólera, ya que es la principal causa de mortalidad y de complicaciones determinadas por el manejo inadecuado o por inicio retardado de la hidratación. Aproximadamente 80 a 90% de los pacientes puede ser hidratado adecuadamente con sales de rehidratación oral.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>	Página 10 de 15
		PRO-R02.003.0000-036	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

#### 5.5.2.1 Medidas efectivas de control

Abastecimiento de agua no contaminada. El agua debe hervirse por diez minutos después de su punto de ebullición en caso de que no sea purificada; otra alternativa es clorarla. Una vez hervida o clorada el agua debe almacenarse tapada. Esta agua debe ser utilizada para consumo, almacenamiento y lavado de alimentos.

Disposición de excretas. Es preciso establecer mecanismos para la eliminación sanitaria de heces humanas y el mantenimiento de letrinas a prueba de moscas. Así mismo, se deben proporcionar medios seguros para la eliminación de aguas residuales.

#### 5.5.2.2 Prácticas adecuadas de control en la manipulación y procesamiento de alimentos

Es preciso intensificar las acciones de educación a los grupos de riesgo sobre los siguientes aspectos.

- Lavado de manos antes y después de ir al baño y antes de la preparación de los alimentos.
- Limpieza escrupulosa para la preparación y manipulación de productos alimenticios, así como refrigeración adecuada de los mismos. Las frutas y verduras que se consumen sin retirar la piel que los recubre, deben lavarse en abundante agua y posteriormente introducirse ya sea en agua hirviendo o en agua tratada por cloración durante algunos minutos.
- Cocción y calentamiento adecuado de los alimentos. En el caso de los alimentos que van a ser consumidos tiempo después de preparados, se debe garantizar su calentamiento antes del consumo a una temperatura superior a los 60° C durante algunos minutos.
- Lavar y desinfectar los alimentos de origen hídrico y realizar una cocción adecuada.
- Limitar a sitios autorizados la pesca y venta de mariscos y otros productos de mar y exigir un certificado sanitario que demuestre ser un sitio libre de cólera.
- Fomentar la lactancia materna y consumir leche pasteurizada o con tratamiento térmico adecuado
- Protección y adecuado almacenamiento de los alimentos ya preparados.

#### 5.5.2.3 Mejoramiento del conocimiento de la población sobre la enfermedad y los mecanismos para prevenir su aparición


La educación de líderes comunitarios, población escolar, trabajadores de la salud y grupos sociales y culturales debe centrarse en:

- Desinfección casera del agua para el consumo humano y la preparación de los alimentos.
- Lavado de manos y otras prácticas de higiene.
- Síntomas del cólera, utilización de sales de rehidratación oral y consulta médica oportuna.
- Control de las moscas por medio de la utilización de insecticidas y anjeos.
- Mecanismos para prevenir la diseminación de la enfermedad.
- Aislamiento de los casos hospitalizados.
- Exclusión de los portadores de los procesos de manipulación y atención de enfermos.
- Desinfección por medio de ácido carbónico, solución clorinada al 2% o hipoclorito de sodio al 2% de heces y vómito, así como de la ropa de cama y artículos utilizados por los enfermos.

#### 5.6 Acciones de laboratorio

La detección de *Vibrio cholerae* por laboratorio se realiza a partir de las siguientes muestras:

- Muestras biológicas: materia fecal (ver instructivo en el diagnóstico bacteriológico *Vibrio cholerae*, remitirse a [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co) link: vigilancia Cólera)
- Muestras de agua: (ver protocolo toma y análisis de muestras de agua para determinación de *Vibrio cholerae*, remitirse a [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co) link: vigilancia Cólera)
- Muestras de alimentos (Manual de INVIMA)

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>	Página 11 de 15
		PRO-R02.003.0000-036	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

### Crterios de laboratorio para el diagnóstico clínico

El diagnóstico del cólera por laboratorio sólo debe ser utilizado en la investigación de TODOS los CASOS SOSPECHOSOS cuando un área es considerada libre de circulación de *V. cholerae*. En áreas donde el *V. cholerae* ya ha sido aislado, no se hace necesaria la recolección de material para examen de laboratorio de todos los casos sospechosos. Esos exámenes se hacen por muestreo de acuerdo con la situación epidemiológica local.

Los laboratorios de las UPGD deben enviar todos los aislamientos bacterianos obtenidos de casos de cólera al Laboratorio de Salud Pública departamental o distrital para su confirmación y éste debe remitir la cepa al Grupo de Microbiología de la Red Nacional de Laboratorios del INS para la confirmación de la especie, el serogrupo, serotipo, biotipo, toxicidad y determinación de perfil de susceptibilidad antimicrobiana.


La toma de la muestra de materia fecal debe hacerse lo más pronto posible y antes del inicio de la terapia antibiótica, durante la fase aguda de la enfermedad (en los primeros cinco días); las heces se deben recoger en recipientes limpios de primer uso, sin residuos de desinfectantes y deben procesarse antes de dos horas. Si el procesamiento se demora más de dos horas, se debe colocar la muestra en el medio de transporte Cary Blair.

Las muestras de heces también pueden ser tomadas con hisopos rectales, para esto se debe tener en cuenta que si éstos son de madera, deben ser tratados previamente con carbón activado para evitar que las sustancias tóxicas alteren la bacteria, para tomar la muestra se humedece el algodón del hisopo con el medio de transporte (no utilizar lubricantes), se introduce el hisopo en el esfínter rectal hasta el canal anal y luego se gira varias veces.

Una vez el hisopo se encuentra embebido de material fecal, se inserta en el tercio superior del medio de transporte de Cary Blair, se corta la superficie sobrante del palo y se ajusta la tapa del tubo. El medio de transporte debe ser rotulado con el nombre del paciente, dirección, fecha y hora de toma de la muestra y remitirse al laboratorio lo más pronto posible, a temperatura ambiente, triple empaque, con datos los datos epidemiológicos y demográficos en la ficha de notificación, para el inicio de los procedimientos analíticos microbiológicos. Una vez tomada la muestra NO debe ser incubada o refrigerada.

Las muestras deben ser enviadas siguiendo las normas de bioseguridad y utilizando el triple empaque para evitar el peligr para los seres humanos y el ambiente.

Para el procesamiento técnico de las muestras de materia fecal para el diagnóstico por laboratorio de *Vibrio cholerae* remitirse a [www.ins.gov.co\\_link](http://www.ins.gov.co_link): vigilancia Cólera.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>	Página 12 de 15
		PRO-R02.003.0000-036	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04	

## 6. Referencias

1. Ministerio de Salud. Subprograma de control de enfermedades diarreicas y el cólera. Manual de normas técnicas para el manejo, prevención y control de la enfermedad diarreica aguda y cólera. Lima - Perú, 1996.
2. World Health Organization. Global task force on cholera control. Cholera outbreak. Assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva, 2004.
3. Mata L. El cólera. Historia, prevención y control. 1 ed. San José. 1992.
4. Vilchis AE, Uribe S and Perez, PL. Clinical and epidemiological characteristics of cholera patients in Mexico City. *Salud pública Méx*, 1999; 6:487-91.
5. Faruque S, Albert J, Mekalanos J. Epidemiology, Genetics, and Ecology of Toxigenic. *Vibrio cholerae*. Microbiology and molecular biology reviews, Dec. 1998, p. 1301–1314.
6. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Protocolos de Vigilancia de la Salud Pública, 2001.
7. Organización Mundial de la Salud. Cólera, epidemias mundiales e impacto del cólera. Disponible en <http://www.who.int/topics/cholera/impact/es/index.html> Fecha de acceso: Septiembre 4 de 2009.
8. OPS. Alerta Epidemiológica: Actualización semanal sobre la situación del Cólera SE 3. Enero 31 de 2011: 6 páginas. Disponible en [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1239&Itemid=1091&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1239&Itemid=1091&lang=es). Fecha de acceso: Febrero 1 de 2011.
9. OPS/OMS. Informe de situación No. 9 del Centro de Operaciones de Emergencia. Noviembre 1 de 2010: 6 páginas. Disponible en [http://new.paho.org/blogs/haiti/wp-content/uploads/2010/11/ES0917\\_fin10.pdf](http://new.paho.org/blogs/haiti/wp-content/uploads/2010/11/ES0917_fin10.pdf). Febrero 1 de 2011.
10. OPS. Alerta Epidemiológica: Actualización semanal sobre la situación del Cólera. Noviembre 23 de 2010: 3 páginas. Disponible en [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1239&Itemid=1091&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1239&Itemid=1091&lang=es). Fecha de acceso: Febrero 1 de 2011.
11. Ministerio del Poder Popular de la Salud de Venezuela. Situación cólera. Febrero 1 de 2011. Disponible en <http://www.mpps.gob.ve>. Febrero 1 de 2011.
12. INSP. CENIDS. Epidemiología del cólera. Síntesis histórica. Su impacto a través del tiempo y los continentes. 2002, disponible en <http://bvs.insp.mx/articulos/5/4/061998.htm>. Fecha de acceso: Septiembre 4 de 2009.
13. Instituto Nacional de Salud. Laboratorio de Microbiología. Datos de vigilancia de *Vibrio cholerae*. 2004.
14. Wells J. Salmonella serotipo Tiphy, Shigella y Vibrio cholerae. En: Manual de Laboratorio para la Identificación y Prueba de Susceptibilidad a los Antimicrobianos de Patógenos Bacterianos de Importancia para la Salud Pública en el Mundo en Desarrollo. Atlanta, Georgia: CDC; 2004:111-71.
15. Ministerio de Salud. Normas técnicas y Guías de atención. Resolución 00412 de febrero 25 de 2000.
16. Benenson, A. Manual para el control de enfermedades transmisibles en el hombre. Decimosexta Edición. OPS. Publicación Científica No. 564. 1997.
17. World Health Organization. WHO Recommended Surveillance Standards. 1997.
18. Ministerio de Salud. Subprograma de control de enfermedades diarreicas y el cólera. Manual de organización de la atención y manejo de cólera epidémico. Lima – Perú, 1996.
19. Centres for Disease Control and Prevention. Métodos de Laboratorio para el diagnóstico de *Vibrio cholerae*. Atlanta, Georgia: CDC; 1994.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>			Página 13 de 15
	PRO-R02.003.0000-036			Versión: 00
				Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04		


## 7. Control de registros

Control del registro									
Identificación		1ª fase: archivo de gestion				2ª fase: disposición inicial			3ª fase: disposición final
Cod.	Nombre	Ordenación documental	Responsable	Lugar	Tiempo de retención	Método usado	Responsable	Tiempo	Método utilizado
Reg-R02.003.0000-001	Ficha de notificación datos básicos.	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	Eliminación
Reg-R02.003.0000-0047	COLERA Cód. INS: 200	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	Eliminación

\* En casos especiales en que se reciban fichas epidemiológicas en medio físico, estas se incluirán en el SIVIGILA y se eliminaran una vez se validen.

## 8. Control de revisiones

Versión	Fecha aprobación			Responsable aprobación	Motivo de creación o cambio
	aa	mm	dd		

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b> <b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA</b>	Página 14 de 15
	PRO-R02.003.0000-036	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2014-06
Elaborado por:  Grupo Factores de Riesgo Ambiental Equipo Funcional Cólera Fecha: 2011/07/15	Revisado por:  Jacqueline Espinosa Martínez Líder Contratista Factores Riesgo Ambiental SVCSP Fecha: 2011/07/25	Aprobado por:  Dra. Danik Valera Antequera Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2011/08/04

**SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**  
 Sistema de Información SIVIGILA  
 Ficha de Notificación



Datos básicos											
REG-R02.003.0000-001 V:01 AÑO 2011											
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>											
1.1. Nombre del evento											
1.2. Fecha de notificación											
<table border="1"> <tr> <td>Código</td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		Código	Día	Mes	Año						
Código	Día	Mes	Año								
1.3. Semana*	1.4. Año:										
1.5. Departamento que notifica											
1.6. Municipio que notifica											
* Epidemiológica											
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato											
1.8. Código de la UPGD											
1.9. Nit UPGD											
<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> <td>Código</td> <td>Sub.</td> </tr> </table>		Depto.	Municipio	Código	Sub.						
Depto.	Municipio	Código	Sub.								
<b>2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>											
2.1. Primer nombre											
2.2. Segundo nombre											
2.3. Primer apellido											
2.4. Segundo apellido											
2.5. Teléfono											
2.6. Fecha de nacimiento											
<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									
2.7. Tipo de documento de identificación											
<input type="checkbox"/> RC (1) Registro <input type="checkbox"/> TI (2) T. de ID. <input type="checkbox"/> CC (3) C.C. <input type="checkbox"/> CE (4) C. extranjera <input type="checkbox"/> PA (5) Pasaporte <input type="checkbox"/> MS (6) Menor sin ID. <input type="checkbox"/> AS (7) Adulto sin ID.											
2.8. Número de identificación											
2.9. Edad											
2.10. Unidad de medida de la edad											
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Años</td> <td>Meses</td> <td>Días</td> <td>Horas</td> <td>Minutos</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	Años	Meses	Días	Horas	Minutos
1	2	3	4	5							
Años	Meses	Días	Horas	Minutos							
2.11. Sexo											
<input type="checkbox"/> M (1) Mas. <input type="checkbox"/> F (2) Fem.											
2.12. País de ocurrencia del caso											
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso											
<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> </tr> </table>		Depto.	Municipio								
Depto.	Municipio										
2.14. Área de ocurrencia del caso											
<input type="checkbox"/> 1 Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 2 Centro poblado <input type="checkbox"/> 3 Rural disperso											
2.14.1. Cabecera mpal/Centro poblado/Rural disperso											
2.14.2. Barrio de ocurrencia											
2.14.3. Localidad											
2.15. Vereda											
2.16. Dirección de residencia											
2.17. Ocupación del paciente											
2.18. Tipo de régimen en salud											
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Contributivo</td> <td>Subsidiado</td> <td>Excepción</td> <td>Especial</td> <td>No afiliado</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No afiliado
1	2	3	4	5							
Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No afiliado							
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud											
2.20. Pertenencia étnica											
<input type="checkbox"/> 1 Indígena <input type="checkbox"/> 2 ROM, Gitano <input type="checkbox"/> 3 Raizal <input type="checkbox"/> 4 Palenquero <input type="checkbox"/> 5 Negro, Mulato, Afro colombiano <input type="checkbox"/> 6 Otros											
2.21. Grupo poblacional											
<input type="checkbox"/> 5 Otros grupos poblacionales <input type="checkbox"/> 7 Discapacitados <input type="checkbox"/> 9 Desplazados <input type="checkbox"/> 13 Migrantes <input type="checkbox"/> 14 Carcelarios <input type="checkbox"/> 16 Gestantes											
<b>3. NOTIFICACIÓN</b>											
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente											
<table border="1"> <tr> <td>Depto.</td> <td>Municipio</td> </tr> </table>		Depto.	Municipio								
Depto.	Municipio										
3.2. Fecha de consulta											
<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									
3.3. Inicio de síntomas											
<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									
3.4. Clasificación inicial de caso											
<input type="checkbox"/> 1 Sospechoso <input type="checkbox"/> 2 Probable <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. nexa epidemiológico											
3.5. Hospitalizado											
<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No											
3.6. Fecha de hospitalización											
<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									
3.7. Condición final											
<input type="checkbox"/> 1 Vivo <input type="checkbox"/> 2 Muerto											
3.8. Fecha de defunción											
<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									
3.9. No. certificado defunción											
3.10. Causa básica de muerte											
<table border="1"> <tr> <td>CIE10</td> </tr> </table>		CIE10									
CIE10											
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha											
3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha											
<b>4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES</b>											
4.1. Seguimiento y clasificación final del caso											
<input type="checkbox"/> 0 No aplica <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. nexa epidemiológico <input type="checkbox"/> 6 Descartado <input type="checkbox"/> 7 Otra actualización											
4.2. Fecha de ajuste											
<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL COLERA

Página 15 de 15

Versión: 00

PRO-R02.003.0000-036

Fecha próxima revisión: 2014-06

Elaborado por:

Grupo Factores de Riesgo Ambiental
Equipo Funcional Cólera
Fecha: 2011/07/15

Revisado por:

Jacqueline Espinosa Martínez
Líder Contratista
Factores Riesgo Ambiental SVCSP
Fecha: 2011/07/25

Aprobado por:

Dra. Danik Valera Antequera
Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública
Fecha: 2011/08/04

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Sistema de Información SIVIGILA
Ficha de Notificación



COLERA Cód. INS: 200

REG-R02.003.0000-047 V:00 AÑO 2011

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente
B. Tipo de ID\*
C. No. de identificación
\*TIPO DE ID: 1 - RC: REGISTRO CIVIL | 2 - TI: TARJETA IDENTIDAD | 3 - CC: CEDULA CIUDADANÍA | 4 - CE: CEDULA EXTRANJERÍA | 5 - PA: PASAPORTE | 6 - MS: MENOR SIN ID | 7 - AS: ADULTO SIN ID

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Signos y síntomas
1 Ninguno 2 Náuseas 3 Vómito 4 Diarrea 5 Fiebre 6 Calambres abdominales 7 Cefalea
8 Deshidratación 9 Cianosis 10 Migrañas 11 Artralgias 12 Mareo 13 Lesiones maculopapulares 14 Escalofrío
15 Tos 16 Parestesias 17 Sialorrea 18 Miosis 19 Otros
4.2. Si marcó otros, registre cuál
4.3. Hora de inicio de los síntomas AM PM Hora Minuto

5. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

5.1. Alimentos ingeridos los últimos 5 días antes del inicio de síntomas
Grid for recording food consumption with fields for name, time, and location.

6. LUGAR DE CONSUMO IMPLICADO

6.1. Nombre del lugar de consumo implicado
6.2. Dirección

7. ASOCIACIÓN CON BROTE

7.1. ¿Caso asociado a un brote? 1 Sí 2 No
7.2. Caso captado por 1 UPGD 2 Búsqueda
7.3. Relación con la exposición 1 Comensal 2 Manipulador

8. LABORATORIO

8.1. ¿Se tomó muestra biológica? 1 Sí 2 No
8.2. Tipo de muestra 1 Heces 2 Vómito 3 Sangre 4 Otra ¿Cuál?
8.3. Agente identificado (1)
8.4. Agente identificado (2)
8.5. Agente identificado (3)
8.6. Agente identificado (4)
List of agents: 1-Coliformes fecales... 73 - Triortocresilo | 74 - Glutamato | 75 - Micotinato