

Tomo VI

**VIGILANCIA
EN SALUD
PUBLICA**

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
PR-VGSP-01 - REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	5
PR-VGSP-02 - IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA.....	15
PR-VGSP-03 - PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	21
PR-VGSP-04 - ESTUDIO DE CASO O BROTE	29
PR-VGSP-05 - AUDITORÍA A CERTIFICADOS DE ESTADÍSTICAS VITALES.....	31
PR-VGSP-06 - GUÍA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	35
PR-VGSP-08 - PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL	45
PR-VGSP-09 - PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO	49
PR-VGSP-010 - PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CASO	57

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-01	PÁGINA 5
	REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILAN- CIA EN SALUD PUBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-01	PÁGINA 6
	REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILAN- CIA EN SALUD PÚBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

1. OBJETIVO

Analizar en cada uno de los comités de vigilancia en salud pública, la calidad de la atención brindada, las causas de la morbilidad y los riesgos presente en cada una de las áreas de atención.

2. ALCANCE Y RESPONSABLES

Inicia con la citación al comité y finaliza con la elaboración del acta de reunión. Los responsables son el Medico General, Enfermera, Bacteriólogo.

3. GENERALIDADES

3.1 COMITES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA:

Los comités de vigilancia en salud publica institucional, son instrumentos que nos permiten analizar el comportamiento de las diferentes patologías y las identificación de los determinantes en salud que se alteran en esta dinámica de morbilidad, además, nos permiten analizar también la calidad de la atención prestada en cada uno de los servicios en el cual se evalúa y controla el actual de todos los profesionales en cada uno de los diferentes comités.

Una finalidad transversal de todos los comités es el seguimiento a Riesgos realizado en cada uno de ellos: los comités son espacios de discusión y solución de problemas que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente, más aún cuando analizamos muertes evitables ocurridas: materna, perinatales, en menores de 5 años, infecciones intrahospitalarias, eventos adversos ocurridos en cada servicio, etc. Se deben determinar acciones, responsables y tiempos específicos para ello, las cuales deben quedar plasmados en el plan de mejoramiento de cada comité.

El seguimiento al plan de mejoramiento anterior determina el cumplimiento del objetivo de cada comité.

Los Comités de Vigilancia en Salud Pública definirán su propio reglamento, se reunirá ordinariamente una (1) vez al mes y será presidido por el Coordinador institucional de vigilancia en salud pública. Cuando la especificidad del tema a tratar por parte del Comité así lo requiera, se podrá invitar a participar a expertos en las áreas temáticas, quienes tendrán voz, pero no voto.

De acuerdo a lo dispuesto en el decreto 3518 de 2006, actuarán como Comités de Vigilancia en Salud Pública, los siguientes:

- a) Comité de Vigilancia Epidemiológica, Cove,
- b) Comité de Infecciones Intrahospitalarias,
- c) Comité de Mortalidad Institucional,
- d) Comité de Mortalidad Materno Perinatal,
- e) Comité de Ética,
- f) Comité de Historias Clínicas.
- g) Comité de urgencias

Las funciones de cada uno de estos comités están dispuestas en las resoluciones institucionales de conformación las cuales deben ser implementadas, conocidas y ejecutadas por cada unote sus integrantes, a continuación se relacionan las resoluciones de dicha implementación:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-01	PÁGINA 7
	REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILAN- CIA EN SALUD PUBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (NIVEL CENTRAL):

Creado mediante Resolución 745 de 2 de mayo de 2007

- Gerente de la ESE Departamental.
- Subgerente de servicios asistenciales
- Medico de la Oficina de garantía de la calidad o coordinador de la misma si estuviera nombrado
- Odontólogo de la oficina de Garantía de la calidad
- Bacterióloga de la oficina de garantía de la calidad
- Enfermera Jefe de promoción y prevención
- Técnico de estadística
- Epidemiólogo
- Atención al usuario.

Funciones:

- Ver resolución 745 de 2007.
- Elaboración y seguimiento a planes de mejoramiento

Periodicidad de sesión:

- Una vez al mes y en forma extraordinaria cuando el comité lo considere necesario.

Responsable:

- El epidemiólogo será el encargado de:
 - Llevar actas de sesión
 - Notificar a los integrantes la convocatoria a las sesiones.

COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNO-PERINATAL (NIVEL CENTRAL):

Creado mediante Resolución 748 de 2 de mayo de 2007.

Integrantes:

- Gerente de la ESE Departamental.
- Subgerente de servicios asistenciales
- Medico de la Oficina de garantía de la calidad o coordinador de la misma
- Odontólogo de la oficina de Garantía de la calidad
- Bacterióloga de la oficina de garantía de la calidad
- Enfermera Jefe de promoción y prevención
- Técnico de estadística
- Epidemiólogo
- Atención al usuario.

Funciones:

- Ver resolución 748 de 2007.

Periodicidad de sesión:

- Una vez al mes y en forma extraordinaria cuando el comité lo considere necesario.

Responsable:

- El epidemiólogo será el encargado de:
 - Llevar actas de sesión
 - Notificar a los integrantes la convocatoria a las sesiones.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-01	PÁGINA 8
	REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILAN- CIA EN SALUD PUBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (CENTROS DE ATENCION):

Creado mediante Resolución 1584 de 13 de Agosto de 2007 y modificada mediante Resolución 055 de 2011.

Integrantes:

- Director del centro de atención
- Bacteriólogo designado por el director
- Enfermero designado por el director
- Odontólogo designado por el director
- Auxiliar de enfermería del área de hospitalización o urgencias, designada por el director
- Técnico auxiliar de estadística o quien cumpla las funciones de recolección y tabulación de datos
- Un médico general designado por el director
- Un médico del servicio social obligatorio designado por el director
- Todos los auxiliares de servicios generales
- Técnico de saneamiento del departamento en calidad de invitado

Funciones:

- Ver resolución 1584 de 2007
- Elaboración y seguimiento a planes de mejoramiento

Periodicidad de sesión:

- Una vez al mes y en forma extraordinaria cuando el comité lo considere necesario.

Responsable:

- El profesional de enfermería será la encargado de:
 - Llevar actas de sesión
 - Notificar a los integrantes la convocatoria a las sesiones.

COMITÉ DE MORTALIDAD INSTITUCIONAL (CENTROS DE ATENCION):

Creado mediante Resolución 1302 de 27 de Agosto de 2007 y modificado mediante Resolución 058 de 2011

Integrantes:

- El director del centro de atención
- Un bacteriólogo designado por el director
- Un enfermero designado por el director
- Un odontólogo designado por el director
- Un auxiliar de enfermería del área de urgencias y/o urgencias
- Técnico auxiliar de estadística o quien cumpla las funciones de recolección y tabulación de datos
- Un médico general designado por el director
- Un médico del servicio social obligatorio designado por el director
- El técnico de saneamiento del departamento en calidad de invitado

Funciones:

- Ver resolución 1302 de 2007
- Elaboración y seguimiento a planes de mejoramiento

Periodicidad de sesión:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-01	PÁGINA 9
	REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILAN- CIA EN SALUD PUBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Una vez al mes y en forma extraordinaria cuando el comité lo considere necesario.

Responsable:

- El profesional de enfermería será la encargado de:
 - Llevar actas de sesión
 - Notificar a los integrantes la convocatoria a las sesiones.

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (CENTROS DE ATENCION):

Creado mediante Resolución 747 de 2 de Mayo de 2007 y modificado mediante Resolución 059 de 2011

Integrantes:

- El director del centro de atención
- El bacteriólogo designado por el director
- Un enfermero designado por el director
- Un odontólogo designado por el director
- Un auxiliar de enfermería designada por el director
- El Técnico auxiliar de estadística
- Un médico general designado por el director
- Un médico del servicio social obligatorio designado por el director
- El técnico de saneamiento del departamento en calidad de invitado

Funciones:

- Ver resolución 747 de 2007 y 059 de 2011
- Elaboración y seguimiento a planes de mejoramiento

Periodicidad de sesión:

- Una vez al mes y en forma extraordinaria cuando el comité lo considere necesario.

Responsable:

- El bacteriólogo será la encargado de:
 - Llevar actas de sesión
 - Notificar a los integrantes la convocatoria a las sesiones.
 - Notificar las recomendaciones que realice el nivel central de la ESE en pro de acciones preventivas y correctivas.

COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS (CENTROS DE ATENCION):

Creado mediante Resolución 1910 de 2007 y modificada mediante Resolución 056 de 2011

Integrantes:

El director del centro de atención
 Un Enfermero designado por el director
 Un odontólogo designado por el director
 Un auxiliar de enfermería designada por el director
 Técnico auxiliar de estadística o quien cumpla las funciones de recolección y tabulación de datos
 Un médico general designado por el director
 Un médico del servicio social obligatorio designado por el director

Funciones:

- Ver resolución 1910 de 2007.
- Elaboración y seguimiento a planes de mejoramiento

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-01	PÁGINA 10
	REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILAN- CIA EN SALUD PUBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Periodicidad de sesión:

- Una vez al mes y en forma extraordinaria cuando el comité lo considere necesario.

Responsable:

- El medico director será el encargado de:
 - Llevar actas de sesión
 - Notificar a los integrantes la convocatoria a las sesiones.

COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNO PERINATAL (CENTROS DE ATENCION):

Creado mediante Resolución 746 de 2 de Mayo de 2007 y modificada mediante Resolución 057 de 2011.

Integrantes:

El director del centro de atención
 Un enfermero designado por el director
 Un bacteriólogo designado por el director
 Un auxiliar de enfermería del programa de control prenatal
 Técnico auxiliar de estadística o quien cumpla las funciones de recolección y tabulación de datos
 Un médico general designado por el director
 Un médico del servicio social obligatorio designado por el director

Funciones:

- Ver resolución 746 de 2007.
- Elaboración y seguimiento a planes de mejoramiento

Periodicidad de sesión:

- Una vez al mes y en forma extraordinaria cuando el comité lo considere necesario.

Responsable:

- El profesional de enfermería será el encargado de:
 - Llevar actas de sesión
 - Notificar a los integrantes la convocatoria a las sesiones.

COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA

Creado mediante Resolución 416 del 2 de mayo de 2007

Integrantes:

- Director del centro de atención
- Enfermero
- Auxiliar de enfermería
- Auxiliar de atención al usuario
- Delegados elegidos por el comité de participación ciudadana

Funciones:

- Ver resolución 416 de 2008

Periodicidad de sesión:

- Una vez al mes y en forma extraordinaria cuando el comité lo considere necesario.

Responsable:

- El enfermero será el encargado de:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-01	PÁGINA 11
	REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILAN- CIA EN SALUD PUBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Llevar actas de sesión
- Notificar a los integrantes la convocatoria a las sesiones.

COMITÉ DE URGENCIAS

Creado mediante Resolución 162 del 15 de Febrero de 2010

Integrantes:

- Director del centro de atención
- Enfermero
- Médico del Servicio social obligatorio asignado por el director
- Médico general asignado por el director
- Responsable de atención al usuario
- Bacteriólogo designado por el director.

Funciones:

- Ver resolución 162 de 2010
- Elaboración y seguimiento a planes de mejoramiento

Periodicidad de sesión:

- Una vez al mes y en forma extraordinaria cuando el comité lo considere necesario.

Responsable:

- El Director del centro de atención será el encargado de:
 - Llevar actas de sesión
 - Notificar a los integrantes la convocatoria a las sesiones.

3.2 PASOS PARA LA REALIZACION DEL COMITE:

Para garantizar el adecuado desarrollo de cada uno de los comités, es indispensable tener en cuenta los siguientes pasos:

3.2.1 Programación de comités:

Se realizará un cronograma de reuniones de comité anual, en la cual se tendrá se cumplirá con el requisito de reunirse los primeros 5 días hábiles de cada mes.

3.2.2 Citación a reunión de comité:

Se notificará por escrito mediante oficio el día, el lugar y la hora en la cual se reunirán los integrantes del comité y la información que debe aportar cada uno de ellos.

3.2.3 Confirmación de quórum:

Para ejecutar la reunión de comité es necesario conformar quórum con la mitad de los integrantes mas uno, de lo contrario se programara nuevamente la reunión.

3.2.4 Lectura y aprobación de acta anterior:

Se dará lectura al acta elaborada en el comité anterior para su corrección y aprobación.

3.2.5 Análisis y conclusiones:

De acuerdo a cada uno de los temas a tratar, se socializaran los reportes y luego se darán las conclusiones pertinentes para cada uno de los casos de comité.

3.2.5 Asignación de compromisos:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-01	PÁGINA 12
	REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILAN- CIA EN SALUD PÚBLICA		FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO

De acuerdo a las conclusiones se asignaran los compromisos respectivos de acuerdo a las funciones de cada unote los integrantes, mediante planes de mejoramiento que se generarán en cada comité.

4. REUNIÓN DE COMITÉ

PROCEDIMIENTO		PROCEDIMIENTO PARA LA REUNIÓN DE COMITÉ				
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO	INICIO	-	-	-	-
2	PROGRAMACIÓN DE COMITÉS	Progra- mación de comités.	Médico director y coordinador institucional de VSP	anualmente	Dirección admi- nistrativa	Se programaran la realización de comités una vez al año y se publicará en un lugar visible.
3	CITACIÓN A REUNIÓN DE COMITÉ	Citación a reunión de Comités	Médico director y coordinador institucional de VSP	Una semana antes del día programado	Dirección admi- nistrativa	De acuerdo al cronograma de reuniones de comité, se realizara una citación por escrito recordando la fecha, hora y lugar de la reunión de comité y se distribuirá una semana antes de la fecha programada a cada uno de los integrantes del comité.
4	VERIFICACIÓN DE QUORUM	Confirma- ción de quórum	El responsable del comité	Al iniciar la reunión programada	Lugar dispues- to para la reu- nión de comité	Se realizar lectura de integrante para verificación de quórum, si este no se cumple se aplazara la reunión.
5	LECTURA Y APROBACIÓN DE ACTA ANTERIOR	Lectura y aproba- ción del acta anterior	El responsable del comité	Después de la verificación de quórum	Lugar dispues- to para la reu- nión de comité	Se dará lectura al acta realizada en el comité anterior para su respectiva aprobación.
6	ANÁLISIS Y CONCLUSIONES	Análisis y conclu- siones	El responsable del comité	Después de aprobada el acta	En la reunión de comité	Se analizara la información recibida por cada uno de los miembros del comité, de acuerdo a las funciones específicas de cada comité
7	ASIGNACIÓN DE COMPROMISOS	Asigna- ción de compromisos	El responsable del comité	Después de las conclusiones	Al finalizar la reunión de comité	De acuerdo a las conclusiones se asignaran compromisos a cada uno de los integrantes de acuerdo a su área de responsabilidad a los cuales se realizara seguimiento y control. Elaboración de plan de mejoramiento.
	FIN	FIN	-	-	-	-

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-01	PÁGINA 13
	REUNIÓN DE COMITÉS DE VIGILAN- CIA EN SALUD PUBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

El formato de análisis de caso también se utilizará como formato de reuniones de cada uno de los comités. El responsable de la realización de este procedimiento es el coordinador institucional de vigilancia en salud pública, el médico director y la enfermera jefe de cada centro de atención.

5. REGISTROS DE CALIDAD

NOMBRE REGISTRO	CÓDIGO	IDENTIFICACIÓN DE LA CARPETA	RESPONSABLE DE ALMACENAMIENTO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DESTINO FINAL
Análisis de caso / reunión de comité	FR-VSP-02	Carpeta con el mismo nombre del registro	Bacteriólogo (a)	Hasta cambios de información	Destrucción

6. NORMATIVIDAD

LEY 100 DE 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud)

LEY 1122 DE 2007 (Ajustes al SGSSS)

LEY 715 DE 2001 (Manejo de recursos y Competencias y organización del servicio de educación y salud)

LEY 9 DE 1997 (Código Sanitario Nacional)

DECRETO 1562 de 1984 (Vigilancia, control epidemiológico y medidas de seguridad)

DECRETO 3518 de 2006 (Implementación del Sistema de Vigilancia en Salud pública)

4. TERMINOS Y DEFINICIONES

COMITÉ DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA: grupos de análisis conformados por los diferentes funcionarios de las instituciones de salud, en los cuales se analiza morbilidad y mortalidad de acuerdo a cada uno de los casos.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-02	PÁGINA 15
	IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-02	PÁGINA 16
	IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

OBJETIVO

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

Realizar la notificación de todos los casos confirmados.

Orientar las medidas de control que deben adelantarse frente a un caso confirmado.
Identificar y cortar cadenas de transmisión.

ALCANCE Y RESPONSABLES

Este documento define la metodología para los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos que orientaran las medidas de prevención y control de los casos a nivel departamental, según se requiera.

Es responsabilidad compartida con el personal medico, enfermería, laboratorio.

GENERALIDADES

Vigilancia en Salud Pública.

La vigilancia en salud pública se entiende como un proceso continuo y sistemático de obtención de información, análisis, interpretación y divulgación, con la clara intencionalidad de generar acciones de promoción de la salud, prevención o control, bien sea en el momento mismo, en el mediano plazo o en el largo plazo.

SIVIGILA

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, hace referencia a la relación organizada de usuarios, normas, procedimientos y recursos (financieros, técnicos y humanos) para la recopilación de datos, análisis, interpretación y divulgación de información sobre eventos de salud, de forma sistemática y continua, para su uso esencial en la orientación de la toma de decisiones en salud pública.

Tipo de eventos a vigilar. Los eventos en salud sometidos a vigilancia dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, serán aquellos cuya importancia para la salud colectiva sea evidente, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, costo efectividad, posibilidades de prevención, transmisibilidad e interés público; que además requieren ser enfrentados con medidas de salud pertinentes de acuerdo con la variabilidad de su comportamiento en la población.

Componentes del Sistema de Vigilancia. Los eventos en salud a ser vigilados se organizan para efectos del Sistema en los siguientes componentes:

- Componente de vigilancia de eventos transmisibles y de fuente común: se consideran aquellas enfermedades, que por sus condiciones de transmisibilidad, pueden ser de alto poder epidémico y/o en todo caso su ocurrencia se reconoce como un riesgo para la salud colectiva, dentro de estas se incluyen las enfermedades sujetas a vigilancia estricta en el ámbito internacional. Además se incluyen aquellas enfermedades cuya presencia se relaciona con una fuente común de exposición. En este componente se incluye como un módulo especial y con un modelo operativo específico, la vigilancia

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-02	PÁGINA 17
	IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

de enfermedades infecciosas nosocomiales.

- Componente de vigilancia de la mortalidad evitable: se vigila la ocurrencia de muertes que pudiesen haber sido evitadas si la población hubiese tenido acceso oportuno y adecuado a acciones de prevención primaria, detección temprana y/o tratamiento.
- Componente de vigilancia sobre acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública: se vigila la realización de acciones de protección específica y detección temprana en la población y por tanto la gestión que al respecto realizan las instituciones responsables de su realización y garantía en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Componente de vigilancia de enfermedades no transmisibles: se vigilan las enfermedades no transmisibles y/o las lesiones de causa externa, que por su impacto en la salud colectiva y por los altos costos de su atención, se consideran de importancia en salud pública para el país.
- Componente de vigilancia de factores de riesgo/protectores del ambiente, consumo y del comportamiento: se refiere a la vigilancia de aquellos eventos o situaciones relacionadas con una exposición individual o colectiva de la población a factores de riesgo/protectores del ambiente, del consumo y del comportamiento.
- Componente de vigilancia por laboratorio: da cuenta del proceso de vigilancia fundamentado en la realización de procedimientos de laboratorio, sobre especímenes de interés en salud pública.
- Componente de vigilancia de eventos especiales en salud: se refiere a la vigilancia de eventos en salud que por su naturaleza y por el objetivo mismo de implementación de la vigilancia hacen necesario el diseño de un modelo específico de operación que no es compatible con ninguno de los componentes ya diseñados en el Sistema; las estrategias utilizadas para la observación del evento podrían diferir entre una entidad territorial y otra y con frecuencia mucha información necesaria para la vigilancia se provee fuera del sector. El objetivo es el monitoreo de una intervención.

TERMINOS Y DEFINICIONES

Salud Pública. Hace referencia al conjunto de prácticas sociales y funciones del estado existentes en una sociedad, tendientes a desarrollar, preservar o mejorar la salud colectiva, a través de las condiciones, determinantes y significados de la salud para la población. En este contexto, la salud se constituye en un bien público, de interés y responsabilidad de todos, que debe producirse desde la sociedad y el estado.

Vigilancia en Salud Pública. Hace referencia al proceso sistemático y constante de la recolección, el análisis y la interpretación de datos específicos, así como la divulgación de información para utilizarla en la orientación, planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública. Como tal esta definición responde a una evolución conceptual de la vigilancia epidemiológica.

Eventos en Salud. Es el conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad. Se entenderán como eventos en salud para efectos del presente decreto enfermedades, lesiones de causa externa, causas de muerte, factores protectores, factores de riesgo, acciones de protección específica y de detección temprana de enfermedades, muestras biológicas o químicas y demás determinantes asociados.

Autoridad en Salud. Se consideran autoridades en salud, a todos aquellos que tienen la función de tomar decisiones de orden público en salud dentro del sector. Son autoridades en salud a Nivel Nacional, el Ministro

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-02	PÁGINA 18
	IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

de Salud, el Director General de promoción y Prevención, el Director del INS, el Director del INVIMA, y el Superintendente Nacional de Salud; a nivel de las entidades territoriales los Gobernadores, Alcaldes, Secretarios de Salud o quien haga sus veces, así como los funcionarios a quienes se les hayan asignado funciones de vigilancia y control del orden público en salud y del servicio público de la seguridad social en salud.

Usuarios del Sistema. Es el conjunto de personas y organizaciones dentro y fuera del sector salud y el Sistema Integral de Seguridad Social, que participan en el funcionamiento del Sistema en uno o varios componentes y que requieren de la información allí construida para tomar decisiones que afectan la salud de la población.

Factores de Riesgo / Protectores del Ambiente. Se definen como tales a aquellas condiciones físicas, biológicas, químicas, y ergonómicas del medio ambiente de carácter natural o antropogénico, que determinan, en la población expuesta a ellos, una mayor / menor probabilidad de aparición de enfermedad o lesiones de causa externa.

Factores de Riesgo / Protectores del Consumo. Son aquellos elementos que forman parte de alimentos, medicamentos, cosméticos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, y demás productos de uso y/o consumo humano, de origen natural, animal, vegetal o industrial, que determinan en la población que los consume una mayor / menor probabilidad de aparición de la enfermedad o de lesiones de causa externa.

Factores de Riesgo / Protectores del Comportamiento humano. Son aquellas circunstancias donde está comprometido el ser humano con sus rasgos de personalidad, pensamientos, actitudes, motivaciones, prácticas, reglas y normas, que determinan en la población una mayor / menor probabilidad de aparición de enfermedad o de lesiones de causa externa.

Protección específica. Hace referencia a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

Detección temprana. Hacer referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causan evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Orden público en salud. Hace referencia al conjunto de medidas y condiciones establecidas por la ley, para garantizar la salud de la colectividad y prevenir o controlar la ocurrencia de enfermedades, lesiones o muerte en la población.

Prestadores de servicios de salud. Hace referencia al conjunto de consultorios, centros de salud, puestos de salud e IPS públicas o privadas de I, II o III nivel, dedicadas a la prestación de todas aquellas atenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dirigidas a las personas como parte del plan de beneficios del SGSSS o por fuera del plan de beneficios a personas no afiliadas al sistema.

ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD"						
Código: PR-VIGSP-02	Versión 2	Fecha Vigencia 27/03/2011	Documento Controlado			
MACROPROCESO						
ASISTENCIAL						
PROCESO						
VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA						
PROCEDIMIENTO						
IDENTIFICACION DE EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA						
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> CONSULTA[CONSULTA] CONSULTA --> DIAGNOSTICO[DIAGNOSTICO] DIAGNOSTICO --> FICHA[FICHA] FICHA --> TRATAMIENTO[TRATAMIENTO] TRATAMIENTO --> SOLICITUD[SOLICITUD DE TRATAMIENTO] SOLICITUD --> CONTROL[CONTROL Y SEGUIMIENTO] CONTROL --> CITA[CITA DE CONTROL] CITA --> FIN([FIN]) </pre>	INICIO	-	-	-	-
2		Consulta medica	Medico general	Paciente asiste a valoración medica	Urgencias, consulta externa, hospitalización	Se realiza valoración clínica de acuerdo a la sintomatología del paciente
3		Diagnostico del paciente	Medico general	Durante la valoración medica	Urgencias, consulta externa, hospitalización	Se realiza lectura de laboratorios y ayudas diagnosticas para confirmación de diagnostico..
4		Diligenciar de ficha de notificación	Medico general	Una vez confirmado el diagnostico	Urgencias, consulta externa, hospitalización	Siguiendo las instrucciones
5		Tratamiento	Medico general	Seguido a la confirmación del diagnostico	Urgencias, consulta externa, hospitalización	Se ordena tratamiento de acuerdo a protocolos expedidos por el instituto nacional de salud
6		Solicitud de tratamiento a secretaria de salud	bacteriólogo	Con la orden de tratamiento expedida por el médico general	Secretaria de salud, oficina de vigilancia en salud publica	Se solicita mediante un oficio dirigido a coordinador de vigilancia en salud publica, indicando diagnostico del paciente, datos de identificación y tratamiento
7		Control y seguimiento	Medico, enfermera, bacteriólogo	Durante el tratamiento	Consulta medica, visita domiciliaria	Verificar a través de visitas domiciliarias y evolución clinica el consumo del tratamiento
8		Cita de control	Medico general	Al finalizar el tratamiento	Consulta externa	Realizar valoración física y evolución medica de acuerdo a sintomatología y tratamiento ordenado
8		FIN				

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-03	PÁGINA 21
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-03	PÁGINA 22
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

1. OBJETIVO

Fortalecer la red de información de la frecuencia de eventos de interés en salud pública para garantizar su seguimiento y elaborar planes de contingencia oportunamente de acuerdo al comportamiento de cada evento.

2. ALCANCE Y RESPONSABLES

Inicia con el diligenciamiento de la ficha de notificación obligatoria finaliza cuando se entrega la información en medio digital (archivos planos) a la coordinadora municipal de Vigilancia en Salud pública.

Los responsables son el Médico General, Enfermera, Bacteriólogo.

3. GENERALIDADES

3.1 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

La Vigilancia en salud pública, es un proceso, lógico, constante y continuo que permite obtener información de la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de una población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

3.2 NOTIFICACION

De acuerdo al decreto 3518 de 2006, la notificación es un proceso obligatorio y continuo de generación de información de eventos de interés en salud pública, especialmente de aquellos definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino, observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información, para realizar esta entrega de información, es indispensable el conocimiento y manejo de el flujograma de la información.

3.2.1 UNIDAD PRIMARIA GENERADORA DE DATOS (UPGD):

Es la institución prestadora de servicios que identifica la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines de investigación, control y seguimiento de los eventos.

Para realizar la notificación de los eventos de interés en salud pública se adoptaron los instrumentos elaborados por el instituto nacional de salud que se identifican como: Fichas de Notificación Obligatoria y El Software de notificación (SIVIGILA), protocolos de manejo de los eventos de interés en salud pública y calendario epidemiológico, estos instrumentos son entregados a cada uno de los centros de atención para su diligenciamiento y utilización.

Cada evento de interés en salud pública cuenta con una ficha de notificación y una periodicidad de la misma, además de ello, cada evento tiene definición de caso para facilitar su clasificación y ejecución de intervención estratégica.

A continuación relaciono eventos, periodicidad y ficha de diligenciamiento de acuerdo a lo dispuesto en el Instituto Nacional de Salud:

Evento	Código Registro INS	Código CIE 9	Código CIE 10	Notificar desde	Notificación Inmediata	Fichas a Utilizar	Clasificación Permitida										Vivo	Muerto								
							Probable	Sospechoso	Conf. Laboratorio	Conf. Clínica	Conf. Neuro Ep.	Desarrollo	Menor de 1 mes	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años			De 45 a 64 años	De 65 y más años						
Mortalidad por EDA 0-4 Años	590	00-09	EDA - A00 - A09	C	NO	F:CA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Mortalidad por IRA 0-4 Años	600	460-466	IRA - J00- J22	C	NO	F:CA + F:CB	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Parálisis Fláccida Aguda (Menores de 15 años)	610			P	SI	F:CA + F:CB	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Parotiditis	620	0729	826	CC	NO	F:CA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Peste (Bubónica/Neumónica)	630	0200	A200/A202	P	SI	F:CA	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Rabia en perros o gatos	650			P	SI	F:CE	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Rabia Humana	670	071	A82	P	SI	F:CA + F:CB	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Rabia SV-1	680			NA	NA	F:CE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Respiratorias crónicas Búsqueda activa	700			P	NO	BA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Rubéola	710	056	806	S	SI	F:CA + F:CB	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Rubéola Congénita	720	7710	P350	S	SI	F:CA + F:CB	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sarampión	730	055	805	S	SI	F:CA + F:CB	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Sífilis Congénita	740	090	A50	C	NO	F:CA + F:CB	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Evento	Código Registro INS	Código CIE 9	Código CIE 10	Notificar desde	Notificación Inmediata	Fichas a Utilizar	Clasificación Permitida										Grupo Etéreo Permitido				Vivo	Muerto				
							Probable	Sospechoso	Conf. Laboratorio	Conf. Clínica	Conf. Neuro Ep.	Desarrollo	Menor de 1 mes	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 y más años								
Sífilis Gestacional	750	6470	O981	C	NO	F:CA + F:CB	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tétanos Accidental	760	037	A35	P	NO	F:CA + F:CB	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tétanos Neonatal	770	7713	A33	P	SI	F:CA + F:CB	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tifus Epidémico transmitido por piojos	780	0800	A750	P	NO	F:CA	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tifus Endémico transmitido por pulgas	790	0810	A752	P	NO	F:CA	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tos ferina	800	033	A370	P	SI	F:CA + F:CB	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tuberculosis Extra Pulmonar	810	011-018	A154-A158A171, A178A179, A18A19	C	NO	F:CA + F:CB	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tuberculosis Pulmonar	820	011	A150-A153A157, A159	C	NO	F:CA + F:CB	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Varicela Individual	831	052	B01	CC	NO	F:CA o F:Br	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
VIH/SIDA/ Mortalidad por SIDA	850	42	B20-B24	C	NO	F:CA + F:CB	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
VIH Seguimiento a gestantes	860			NA	NO	F:CE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
VIH Seguimiento a recién nacidos	870			NA	NO	F:CE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Vigilancia Entomológica Malaria	890			NA	NO	F:CE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Evento	Código Registro INS	Código CIE 9	Código CIE 10	Notificar desde	Notificación Inmediata	Fichas a Utilizar	Clasificación Permitida										Vivo	Muerto								
							Probable	Sospechoso	Conf. Laboratorio	Conf. Clínica	Conf. Neuro Ep.	Desarrollo	Menor de 1 mes	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años			De 45 a 64 años	De 65 y más años						
NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL O COLECTIVA																										
Evento sin establecer	900				SI	F:CA o F:Br	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NOTIFICACIÓN COLECTIVA																										
Intoxicación por alimentos o agua (ETA)	350	005	A05-T61, T62, T64	P	SI	F:Br	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Intoxicación por Plaguicidas	361	9890, 9892, 9893, 9894, 9899	T60-X48,X8 7,Y18	C	SI	F:Br	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Intoxicación por Fármacos	371		X85	C	SI	F:Br	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Intoxicación por Metanol	381		T51.1	C	SI	F:Br	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Intoxicación por Metales Pesados	391		T56 se excluye T561	C	SI	F:Br	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Intoxicación por solventes	401		T52X46,Y1 6	C	SI	F:Br	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Intoxicación por otras sustancias químicas	411		T53-T55, T57, T58-T59,X73-X78,X88, X90-Y17,Y1 9	C	SI	F:Br	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Varicela colectivo	830	052	B01	CC	NO	F:Br	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Morbilidad por EDA	998			CC	NO	F:Br	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Morbilidad por IRA	999			CC	NO	F:Br	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO

2 TABLA DE CONVENCIONES

*** Notificar desde:**

- P** = Probable
- C** = Confirmado
- S** = Sospechoso
- CC** = Confirmados por Clínica
- NA** = No aplica

**** Fichas a Utilizar**

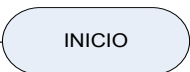
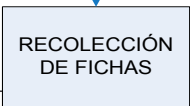
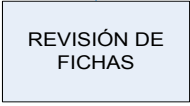
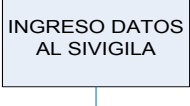
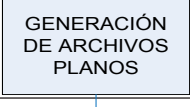
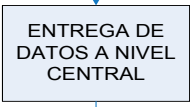
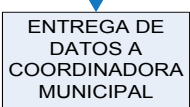

- F:CA** = Ficha Única Cara A (Básica)
- F:CB** = Ficha Única Cara B, (especifica para que evento que la requiere),(Complementaria)
- F:Br** = Ficha Colectiva ó Brotes.
- F:CE** = Ficha de notificación evento especial.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-03	PÁGINA 25
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

3.2.2 COORDINADOR DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA INSTITUCIONAL



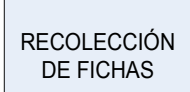
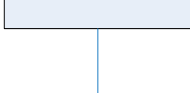

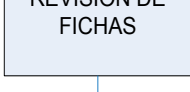

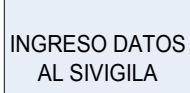
A nivel institucional, mediante la creación del comité de vigilancia en salud pública, se establece que es el Bacteriólogo del centro de atención el responsable de generar los archivos planos para la notificación, pero a su vez, los médicos son los responsables del diligenciamiento de fichas de notificación del 100% de los eventos presentados y de realizar entrega diaria al coordinador institucional para ingresar y consolidar los datos de forma oportuna.

4. DESARROLLO PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION PERIODICA

PROCEDIMIENTO		Procedimiento de Notificación Periódica				
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1		INICIO	-	-	-	-
2		Recolección de la ficha de notificación	Bacteriólogo (a) del centro de atención	Inmediatamente se presenta el evento	Cada uno de los servicios del centro de atención	Cuando se identifica la presencia del evento de notificación inmediata, se debe entregar la ficha diligenciada al coordinador institucional del evento.
3		Revisión de ficha de notificación	Bacteriólogo (a)	Inmediatamente se presenta el evento	En la oficina de Laboratorio clínico	Al finalizar la recolección de las fichas de notificación, el bacteriólogo (a) debe realizar una revisión detallada de cada uno de los ítem de la ficha, verificar tipo de letra, datos completos del paciente, registro de datos clínicos, registro de datos de laboratorio, registro de datos de identificación del paciente y firma y sello del medico que reporta el evento, en caso de identificar falta de datos se debe notificar al medico para que los notifique inmediatamente, los casos de notificación inmediata están relacionados anteriormente.
4		Ingreso de datos al Sivigila	Bacteriólogo (a)	inmediatamente	En la oficina de Laboratorio clínico	Después de realizada la revisión, se deben ingresar los datos de cada ficha de notificación al Sivigila (GUI-VSP-01) en caso de que el sistema falle o no se cuente con el equipo, se debe notificar en medio físico (FR-VSP-01) y se anexan las copias de las fichas de notificación diligenciadas.
5		Generación de Archivos planos	Bacteriólogo (a)	inmediatamente	En la Oficina de Laboratorio Clínico	Después de ingresar los datos de los eventos presentados al sistema, se deben generar los archivos planos para ser entregados a la coordinadora municipal de VSP (GUI-VSP-01)
6		Entrega de Datos de notificación al nivel central	Bacterióloga	Inmediatamente	En la Oficina de Laboratorio Clínico	Después de ingresar los datos de los eventos presentados al sistema, se deben generar los archivos planos para ser entregados a la coordinadora municipal de VSP y a la Oficina de Epidemiología del nivel central de la ESE DPTAL. (GUI-VSP-01)
7		Entrega de Datos de notificación al coordinador de VSP municipal	Bacteriólogo (a)	inmediatamente	En la Alcaldía	Se debe enviar los archivos planos al correo electrónico de la coordinadora de VSP del municipio, de lo contrario se podrá entregar en memoria USB o en Físico según sea el caso.
8		FIN	-	-	-	-

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-03	PÁGINA 26
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA

PROCEDIMIENTO		Procedimiento de Notificación Periódica				
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUAN- DO	DONDE	COMO
1		INICIO	-	-	-	-
2		Recolección de fichas de notificación	Bacteriólogo (a) del centro de atención	Diario	Cada uno de los servicios del centro de atención	El bacteriólogo (a) diariamente
3		Revisión de fichas de notificación	Bacteriólogo (a)	Diario	En la oficina de Laboratorio clínico	Al finalizar la recolección de las fichas de notificación, el bacteriólogo (a) debe realizar una revisión detallada de cada uno de los ítem de la ficha, verificar tipo de letra, datos completos del paciente, registro de datos clínicos, registro de datos de laboratorio, registro de datos de identificación del paciente y firma y sello del medico que reporta el evento, en caso de identificar falta e datos se debe notificar al medico que diligencia la ficha el cual dispone de 1 día para realizar la corrección respectiva.
4		Ingreso de datos al Sivigila	Bacteriólogo (a)	Semanal	En la oficina de Laboratorio clínico	Después de realizada la revisión, se deben ingresar los datos de cada ficha de notificación al SIVIGILA (GUI-VGSP-01) en caso de que el sistema falle o no se cuente con el equipo, se debe notificar en medio físico (FR-VGSP-01) y se anexan las copias de las fichas de notificación diligenciadas.
5		Generación de Archivos planos	Bacteriólogo (a)	Semanal	En la Oficina de Laboratorio Clínico	Después de ingresar los datos de los eventos presentados al sistema, se deben generar los archivos planos para ser entregados a la coordinadora municipal de VSP (GUI-VGSP-01)
6		Entrega de Datos de notificación al nivel central	Bacterióloga	Semanal	En la Oficina de Laboratorio Clínico	Después de ingresar los datos de los eventos presentados al sistema, se deben generar los archivos planos para ser entregados a la coordinadora municipal de VSP y a la Oficina de Epidemiología del nivel central de la ESE DPTAL. (GUI-VGSP-01)
7		Entrega de Datos de notificación al coordinador de VSP municipal	Bacteriólogo (a)	Semanal	En la Alcaldía	Se debe enviar los archivos planos al correo electrónico de la coordinadora de VSP del municipio, de lo contrario se podrá entregar en memoria USB o en Físico según sea el caso.
9		FIN	-	-	-	-

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-03	PÁGINA 27
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

La Guía GUI-VGSP-01 “Guía de notificación en el SIVIGILA” y el formato de notificación por medio físico FR-VSP-01, son los instrumentos necesarios para cumplir con el anterior procedimiento. El responsable de la realización de este procedimiento es el coordinador institucional de vigilancia en salud pública de cada centro de atención y debe ser reportado al funcionario de Vigilancia en salud pública del nivel central.

6. REGISTROS DE CALIDAD

NOMBRE REGISTRO	CÓDIGO	IDENTIFICACIÓN DE LA CARPETA	RESPONSABLE DE ALMACENAMIENTO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DESTINO FINAL
Notificación Semanal	FR-VSP-01	Carpeta con el mismo nombre del registro	Bacteriólogo (a)	Hasta cambios de información	Destrucción

7. NORMATIVIDAD

LEY 100 DE 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud)

LEY 1122 DE 2007 (Ajustes al SGSSS)

LEY 715 DE 2001 (Manejo de recursos y Competencias y organización del servicio de educación y salud)

LEY 9 DE 1997 (Código Sanitario Nacional)

DECRETO 1562 de 1984 (Vigilancia, control epidemiológico y medidas de seguridad)

DECRETO 3518 de 2006 (Implementación del Sistema de Vigilancia en Salud pública)

8. TERMINOS Y DEFINICIONES

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA: Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-04	PÁGINA 29
	ESTUDIO DE CASO O BROTE	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

ESTUDIO DE CASO O BROTE

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	---	--

ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD"						
Código: PR-VGSP-04		Versión 2		Fecha Vigencia 27/03/2011		Documento Controlado
MACROPROCESO						
ASISTENCIAL						
VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA						
PROCESO						
ESTUDIO DE CASO O BROTE						
PROCEDIMIENTO						
FLUJOGRAMA						
<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> Identificación[Identificación] Identificación --> Reunion[Reunion] Reunion --> AnalisisCaso[Analisis de caso] AnalisisCaso --> AnalisisInfo[Analisis de información] AnalisisInfo --> Notificación[Notificación] Notificación --> FIN([FIN]) </pre>						
No	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO	
1	Inicio	-	-	-	-	
2	Identificación del evento	Representante del comité	Auditoria de ficha de notificación	Oficina bacteriólogo	Verificación de datos del usuario, datos de evolución clínica y tratamiento	
3	Reunión de comité extraordinario	Representante del comité	El día de confirmación del evento	Administración	Invitación por escrito a cada uno de los integrantes del comité al que pertenece el caso identificado	
4	Análisis de caso	Integrantes del comité	El día de reunión del comité	Administración	Se analiza el estado clínico del usuario, se diligencia el formato del estudio de caso, en el cual se analiza oportunidad, pertinencia y calidad de la atención brindada al usuario y las posibles causas que lo llevaron a presentar el evento	
5	Análisis de información	Integrantes del comité	día de reunión del comité	Administración	Se realiza informe de los hallazgos obtenidos durante el estudio de caso.	
6	Notificación a nivel central y al municipio	Representante del comité	Identificación de causas del evento	Nivel central ese departamental y oficina de vigilancia epidemiológica	Mediante un oficio y diligenciamiento de caso.	
7	Fin	-	-	-	-	

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-05	PÁGINA 31
	AUDITORÍA A CERTIFICADOS DE ESTADÍSTICAS VITALES	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

AUDITORÍA A CERTIFICADOS DE ESTADÍSTICAS VITALES

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-05	PÁGINA 32
	AUDITORÍA A CERTIFICADOS DE ESTADÍSTICAS VITALES	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

1. OBJETIVO

Mejorar la calidad, cobertura y oportunidad de la certificación, tanto en nacimientos como en defunciones.

2. ALCANCE Y RESPONSABLES

Inicia el diligenciamiento del certificado y finaliza con revisión de cada uno de los certificados.

Los responsables son el Medico Director y el profesional en enfermería.

3. GENERALIDADES

3.1 REGISTROS DE ESTADISTICAS VITALES:

Los registros vitales son estadísticas continuas que recogen información sobre nacimientos, defunciones y matrimonios, que permiten contar con un flujo de información que revela los cambios ocurridos en los niveles y patrones de mortalidad, fecundidad y nupcialidad, proporcionando así una visión dinámica de la población, como complemento al enfoque estático que proveen los censos. Actualmente, el Sistema de Estadísticas Vitales está orientado a incluir los nacimientos y defunciones fetales y no fetales, esperando que en el futuro se consideren los demás hechos vitales

Los datos se acopian en formatos diseñados según normas internacionales y que para los usos previstos han sido establecidos por ley. En los nacimientos se identifican variables importantes como: sexo, peso y talla al nacer, fecha y lugar de nacimiento, tipo y persona que atendió el parto, datos de los padres. En las defunciones, se incluyen variables como: sexo, edad, lugar y fecha, tipo de defunción (fetal o no fetal), causas de la muerte.

3.2 PASOS PARA LA REALIZACION DE LA AUDITORIA:

Para garantizar la adecuada ejecución de la auditoria al diligenciamiento de los certificados de estadísticas vitales es necesario tener en cuenta las siguientes etapas:

3.2.2 REVISION EN EL DILIGENCIAMIENTO:

El medico evaluará que cada uno de los ítems del certificado de defunción sea diligenciado por el profesional responsable del diligenciamiento.

3.2.2 REVISION EN LA CALIDAD DEL REGISTRO:

En cuanto a la calidad del registro es necesario que los datos registrados sean legibles, sin tachones ni enmendaduras y diligenciados con tinta negra.

3.2.3 REVISION EN LA VERACIDAD DE LOS DATOS:

Cada uno de los datos registrados de acuerdo a la condición clínica del paciente hará referencia a una secuencia lógica de actividades y evolución cronológica del estado clínico del paciente.

3.2.3 ELABORACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

De acuerdo a los hallazgos obtenidos en la auditoria al diligenciamiento de los certificados de estadísticas vitales, se elaborara un plan de mejoramiento el cual se dará a conocer a todo el personal del centro de atención y estará a cargo del medico director.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-05	PÁGINA 33
	AUDITORÍA A CERTIFICADOS DE ESTADÍSTICAS VITALES	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

3.2.4 ENTREGA DE CERTIFICADOS AL ENTE MUNICIPAL:

Después de realizar la revisión a cada uno de los ítems, se realizara entrega mediante oficio al ente municipal para su respectivo análisis y conservación.

3.3.5. INGRESO AL RUAF (REGISTRO UNICO DE AFILIADOS)

Desde el año 2010 se implementó la normatividad en cuanto a sistematización de estadísticas vitales mediante ingreso a la página del Ministerio de la Protección Social, en la página del RUAF, en el módulo de Nacimientos y Fallecimientos.

Dicha notificación directa a ésta página debe ser realizada directamente por el médico que certificó dicho evento dentro de las primeras 24 horas.

Si hay algún dato faltante, puede quedar pendiente de ingreso y se tienen 7 días para su diligenciamiento.

En cada centro de atención hay un funcionario administrador de éste sistema, quien estará encargado de asignar un código a cada médico que ingrese al centro de atención para acceder al módulo.

4. AUDITORIA DE CERTIFICADOS DE ESTADISTICAS VITALES

PROCEDIMIENTO		PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIA DE CERTIFICADOS DE ESTADISTICAS VITALES				
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO	INICIO	-	-	-	-
2	REVISIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CERTIFICADOS	REVISIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO	MEDICO DIRECTOR	EL ULTIMO DIA DE CADA MES	DIRECCION ADMINISTRATIVA	Realizara una revisión detallada de los certificados, identificando el adecuado y correcto diligenciamiento de cada uno de los ítems solicitados en el registro
3	REVISIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO	REVISIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO	MEDICO DIRECTOR	EL ULTIMO DIA DE CADA MES	DIRECCION ADMINISTRATIVA	se revisara detalladamente cada certificado para verificar que la letra es legible, que no presenta tachones ni enmendaduras y que esta diligenciado con tinta negra.
4	REVISIÓN DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS	REVISIÓN DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS	MEDICO DIRECTOR	EL ULTIMO DIA DE CADA MES	DIRECCION ADMINISTRATIVA	Durante la revisión, se tendrá en cuenta que los datos consignados en el registro hacen referencia a una cadena lógica de eventos presentados de acuerdo a la condición clínica del usuario.
5	ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	ELABORACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	MEDICO DIRECTOR	EL ULTIMO DIA DE CADA MES	DIRECCION ADMINISTRATIVA	De acuerdo a los hallazgos obtenidos en la auditoria, se elaborara un plan de mejoramiento el cual se dará a conocer al personal de la institución y estará a cargo del medico director.
6	ENTREGA DE CERTIFICADOS AL ENTE MUNICIPAL	ENTREGA DE CERTIFICADOS AL ENTE MUNICIPAL	MEDICO DIRECTOR	EL ULTIMO DIA DE CADA MES	DIRECCION ADMINISTRATIVA	Después de realizada la auditoria se entregaran la totalidad de los certificados diligenciados al ente municipal para su respectivo tramite.
	FIN	FIN	-	-	-	-

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-05	PÁGINA 34
	AUDITORÍA A CERTIFICADOS DE ESTADÍSTICAS VITALES	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Se diligenciará el formato de auditoría de certificados de estadísticas vitales (FR-VSP-04) y el formato del plan de mejoramiento (FR-VSP-03). El responsable de la realización de este procedimiento es el director médico del centro de atención.

5. REGISTROS DE CALIDAD

NOMBRE REGIS- TRO	CÓDIGO	IDENTIFICACIÓN DE LA CARPETA	RESPONSABLE DE AL- MACENAMIENTO	TIEMPO DE RETEN- CIÓN	DESTINO FINAL
Plan de mejora- miento	FR-VSP-03	Carpeta con el mismo nombre del registro	Bacteriólogo (a), Médico Director	Hasta cam- bios de in- formación	Destrucción
Auditoría de certifi- cados de estadísti- cas vitales	FR-VSP-04	Carpeta con el mismo nombre del registro	Médico Director	Hasta cam- bios de in- formación	Destrucción

6. NORMATIVIDAD

LEY 100 DE 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud)

LEY 1122 DE 2007 (Ajustes al SGSSS)

LEY 715 DE 2001 (Manejo de recursos y Competencias y organización del servicio de educación y salud)

LEY 9 DE 1997 (Código Sanitario Nacional)

DECRETO 1562 de 1984 (Vigilancia, control epidemiológico y medidas de seguridad)

DECRETO 3518 de 2006 (Implementación del Sistema de Vigilancia en Salud pública)

RESOLUCION 1346 DE 1997 (manual de principios y procedimientos del sistema del registro civil y estadísticas vitales y los formatos únicos para la expedición de los certificados de nacido vivo y de defunción).

7. TERMINOS Y DEFINICIONES

CERTIFICADOS DE NACIDO VIVO Y DE DEFUNCION: son documentos destinados a recoger la información estadística que debe suministrarse a las entidades competentes, dichos certificados pueden ser diligenciados por personal de salud, debidamente autorizados para ello.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-06	PÁGINA 35
	GUIA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

GUÍA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-06	PÁGINA 36
	GUIA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

OBJETIVO

Enviar al laboratorio de referencia de la de red externa las muestras para practicar los exámenes que no pueden ser procesados y analizados por capacidad técnica o funcional, garantizando la oportunidad y confiabilidad de los resultados.

ALCANCE Y RESPONSABLES

Inicia con la priorización y envío de las muestras laboratorio de referencia y termina con la recepción y el registro de los resultados por parte del Laboratorio del centro de atención, se pasa informe de referencia de laboratorio mensual a Subgerencia Asistencial.

Los responsables son el Bacteriólogo, Auxiliar de laboratorio, conductor de ambulancia, auxiliar de enfermería encargada de atención al usuario de cada centro de atención.

El Laboratorio de Referencia hará la ejecución y control una vez remitida la muestra de laboratorio.

GENERALIDADES

DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN

Sustancias infecciosas

Para los fines de su transporte, se entiende por sustancias infecciosas las sustancias respecto de las cuales se sabe o se cree fundadamente que contienen agentes patógenos. Los agentes patógenos son microorganismos (tales como bacterias, virus, rickettsias, parásitos y hongos) y otros agentes tales como priones, que pueden causar enfermedades en los animales o en los seres humanos. Las sustancias infecciosas se dividen en dos categorías.

Sustancia infecciosa, Categoría A

Una sustancia infecciosa que se transporta en una forma que, al exponerse a ella, es capaz de causar una incapacidad permanente, poner en peligro la vida o constituir una enfermedad mortal para los seres humanos o animales previamente sanos.

Las sustancias infecciosas que, cumpliendo estos criterios, causan enfermedades en seres humanos, se asignarán al No. UN 2814. Las sustancias infecciosas que causan enfermedades sólo en animales se asignarán al No. UN 2900.

La adscripción a los No. UN 2814 o 2900 se basará en los antecedentes médicos conocidos del paciente o del animal del cual procede la sustancia, las condiciones endémicas locales, los síntomas del paciente o del animal o el asesoramiento de un especialista sobre el estado individual del paciente o del animal.

Sustancia infecciosa, Categoría B

Una sustancia infecciosa que no cumple con los criterios de la categoría A. Las sustancias infecciosas de la categoría B se asignarán al No. UN 3373, y su designación es “muestras para diagnóstico” ó “muestras clínicas”

Material exento

Considerando el bajo riesgo de las sustancias biológicas siguientes, las mismas son exentas de los requisitos y regulaciones que aplican para las sustancias infecciosas:

- Sustancias que no contengan sustancias infecciosas o que no es probable que causen enfermedades en seres humanos o animales.
- Sustancias que contengan microorganismos que no son patógenos para los seres humanos o animales.
- Sustancias que se encuentren en una forma en la que cualesquier patógenos hayan sido neutralizados o

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-06	PÁGINA 37
	GUIA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

inactivados de tal modo que ya no representen un riesgo para la salud.

- Muestras medioambientales (incluidas las muestras de alimentos y de agua) que no se considera que representen un riesgo significativo de infección.
- Muestras de sangre seca sobre papel filtro y muestras fecales para el diagnóstico sistemático de sangre oculta.
- Desechos clínicos o médicos descontaminados.

Refrigerantes

Pueden utilizarse refrigerantes para estabilizar las sustancias infecciosas de las categorías A y B durante el tránsito.

Las pilas congeladas deberán colocarse fuera del recipiente secundario se colocará en un envase a prueba de fugas (recipientes tiras de orina); el embalaje exterior o el sobre embalaje deberán también ser a prueba de fugas. No deberá colocarse pilas congeladas en el interior de los recipientes primario o secundario, debido al riesgo de explosión. Puede utilizarse un embalaje/envase termo aislado especialmente diseñado como recipiente para pilas congeladas (nevera de icopor).

TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS

El sistema básico de embalaje/envasado triple

Este sistema de embalaje/envasado, que deberá utilizarse para todas las sustancias infecciosas, comprende las tres capas siguientes.

- **Recipiente primario.** Un recipiente impermeable y estanco que contiene la muestra. El recipiente se envuelve en material absorbente suficiente para absorber todo el fluido en caso de rotura (tubos de muestra).
- **Embalaje/envase exterior.** Los embalajes/envases primarios se colocan en embalajes/envases exteriores de expedición con un material amortiguador adecuado (neveras de icopor). Los embalajes/envases exteriores protegen el contenido de los elementos exteriores, como daños físicos, mientras se encuentra en tránsito. Ninguna de las caras del embalaje/envase exterior tendrá dimensiones inferiores a 10 x 10 cm.

PROCEDIMIENTO DE CONSERVACION, REMISIÓN y TRANSPORTE DE MUESTRAS

Condiciones generales de las muestras

- Las muestras de suero y plasma deben estar debidamente centrifugadas y empacadas en tubos plásticos con tapón de caucho o en tubo primario completamente sellado, refrigeradas o congeladas según el caso.
- Las muestras de sangre total nunca deben ser congeladas.
- Las muestras de orina deberán ser remitidas en tubos secos tapa roja,

Muestras remitidas a Laboratorio Externo (Laboratorio de Salud Publica)

1. Recibir Orden medica.
 2. Verificar que los exámenes a remitir estén contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.
 3. Tomar muestra según protocolo de toma de muestras Anexo 1.
 4. Centrifugar la muestra según corresponda.
 5. Registrar los exámenes a remitir en FR-LAB-100 y en los formatos del Laboratorio de Salud Publica Departamental.
 6. Guardar original de la orden medica en carpeta destinada para tal fin.
1. Marcar un tubo plástico con los siguientes datos:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-06	PÁGINA 38
	GUIA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

- Nombre Completo del paciente.
 - Historia Clínica
 - Edad
 - Examen Solicitado
2. Separar la muestra a remitir (Suero o plasma) en cantidad suficiente y embalar en el tubo plástico.
 3. Guardar tubo en nevera (Congelador).
 4. Al momento de entregar las muestras verificar temperatura de la nevera de transporte y registrar en FR-LAB-102. Realizar ajustes de Temperatura en caso de ser necesario.
 5. Entregar las muestras al encargado de recepción del Laboratorio de Salud Publica
 6. Guardar copia del formato de remisión de la muestra al Laboratorio de Salud Publica.

Muestras para VIH remitidas a Laboratorio Externo (Laboratorio de Salud Publica)

1. Recibir Orden medica
2. Verificar que la orden este acompañada del Pre Test.
3. Tomar muestra
4. Centrifugar la muestra según corresponda.
5. Registrar los exámenes a remitir en FR-LAB-101"Remision de Muestra para ELISA para VIH" y en los formatos del Laboratorio de Salud Publica Departamental.
6. Guardar original de la orden medica en carpeta destinada para tal fin.
7. Marcar un tubo plástico con los siguientes datos:
 - Nombre Completo del paciente.
 - Historia Clínica
 - Edad
 - Examen Solicitado
8. Separar la muestra a remitir (Suero o plasma) en cantidad suficiente y embalar en el tubo plástico.
9. Guardar tubo en nevera (Congelador).
10. Al momento de entregar las muestras verificar temperatura de la nevera de transporte y registrar en FR-LAB-102. Realizar ajustes de Temperatura en caso de ser necesario.
11. Entregar las muestras al encargado de recepción del Laboratorio de Salud Publica
12. Guardar copia del formato de remisión de la muestra al Laboratorio de Salud Publica.
13. Realizar seguimiento, respecto al reporte de la muestra.
14. Garantizar la confidencialidad de los resultados

REGISTROS DE CALIDAD

NOMBRE REGISTRO	CÓDIGO	IDENTIFICACIÓN DE LA CARPETA	RESPONSABLE DE ALMACENAMIENTO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DESTINO FINAL
Registro de temperatura nevera de transporte	FR-LAB-102	Registro de temperatura nevera de transporte	Secretaria del laboratorio	Trimestral	Dstrucción
Remisión de Muestra para ELISA para VIH	FR-LAB-101	Libro de Remisión de muestra para ELISA para VIH	Bacterióloga de la sección	Lo estipulado para la Historia Clínica	Archivo

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-06	PÁGINA 39
	GUIA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

NOMBRE REGISTRO	CÓDIGO	IDENTIFICACIÓN DE LA CARPETA	RESPONSABLE DE ALMACENAMIENTO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DESTINO FINAL
Libro de Exámenes a Remitir Laboratorio de Referencia	FR-LAB-100	Libro de Exámenes a Remitir Laboratorio de Referencia	Bacterióloga de la sección	Lo estipulado para la Historia Clínica	Archivo

NORMATIVIDAD

DECRETO 1011/2006

RESOLUCION 1043/2006

ACUERDO 30 / 97 (Definición y Aplicación de Copagos y Cuotas Moderadoras en el SGSSS)

DECRETO 806 / 98 (Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud).

RESOLUCIÓN 1995 / 99 (Normas para el Manejo de Historias Clínicas)

RESOLUCIÓN 412 / 00 (Por la cual se establecen las actividades de demanda inducida y obligatorio cumplimiento para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana)

TERMINOS Y DEFINICIONES

REFERENCIA: Envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a otras de acuerdo con el grado de complejidad, a través de las ARS y/o EPS para su complementación diagnóstica y/o tratamiento definitivo.

Revisión Bibliografica

- Manual de Bioseguridad en el Laboratorio, 3 edición, Organización Mundial de la Salud, OMS. 2005
- Curso de gestión de calidad para laboratorios, Módulo 11: Bioseguridad, Organización Panamericana de la salud. 2005
- Guía sobre la reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas, Organización Mundial de la Salud OMS, 2005

PROTOCOLO TOMA DE MUESTRAS

Tomado del Laboratorio de Salud Publica Departamental, Secretaria Seccional de Salud

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-06	PÁGINA 40
	GUIA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

VIROLOGIA				
TIPO DE INFECCION	TIPO MUESTRA	EXAMEN	ALMACENA- MIENTO	REMISION DE MUESTRAS
POLIO Parálisis Flácida menores de 15 años	MATERIA FECAL: Hasta 14 días después del inicio de La parálisis. ESCOBILLON FARINGEO: Hasta 5 días después del inicio de los síntomas. LCR: Hasta 5 días después del inicio de los síntomas.	Aislamiento viral Serotificación Genotipificación	Mantener a 4°C.	Recolectar muestra de MF en frasco plástico de boca ancha (recolector de orina). Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo completo. Anexo 1. Enviar en Triple Embalaje. Diligenciar ficha de notificación.
DENGUE	SUERO: Libre de hemólisis y lipemia. Primeros 3 días*. SUERO: Libre de hemólisis y lipemia. Después del 5 día de inicio de síntomas ** (5-10 días preferiblemente). Solamente en población menor de 10 años y mayor de 60 años.	Aislamiento viral * Detección de anticuerpos IGM**	Mantener a -20°C*. Mantener a 4°C.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo - Anexo 1. Diligenciar ficha de notificación o formato para aislamiento viral para Dengue. Enviar en Triple Embalaje
FIEBRE AMARILLA	SUERO: Libre de hemólisis y lipemia. Primeros 5 días*. SUERO: Libre de hemólisis y lipemia Después del 5 día de inicio de síntomas **	Aislamiento viral * Detección de anticuerpos IGM**	Mantener a -20°C* Mantener a 4°C**	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo completo. Anexo 1. Diligenciar ficha de notificación. Enviar en Triple Embalaje
ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA (EEV)	SUERO: Libre de hemólisis y lipemia (Humano o equino) Primeros 5 días*. SUERO**: Libre de hemólisis y lipemia.	Aislamiento viral* Amplificación* Identificación de anticuerpos**	Si el envío es menos de 24 horas mantener a 4°C*. Si el envío es mas de 24 horas mantener a -20°C*. Mantener a 4°C**.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo completo. Anexo 1. Diligenciar ficha de notificación. Enviar en Triple Embalaje

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-06	PÁGINA 41
	GUIA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

VIROLOGIA				
TIPO DE INFECCION	TIPO MUESTRA	EXAMEN	ALMACENA- MIENTO	REMISION DE MUESTRAS
RUBEOLA	<p>SUERO: Libre de hemólisis y lipemia.</p> <p>SUERO: Libre de hemólisis y lipemia. Primeros 7 días del inicio de la erupción.*</p> <p>Si el caso es confirmado serológicamente es obligatorio enviar muestra de hisopado nasofaríngeo y orina sin centrifugar. La muestra de orina debe recogerse durante la primera semana del inicio de la erupción.</p>	<p>Detección de anticuerpo IG-M</p> <p>Aislamiento viral*</p>	<p>Mantener a 4°C.</p> <p>Mantener a -20°C*.</p> <p>Depositar en Medio de Transporte Viral (MTV) y mantener a 4°C dentro de las primeras 24 horas y si no se puede enviar en este tiempo se debe conservar a -70°C. (Se realiza en el Laboratorio de Salud Pública.)</p>	<p>Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo completo. Anexo 1. Diligenciar ficha de notificación. Enviar en Triple Embalaje ENVIAR ORINA MAS MUESTRA DE SUERO.</p>
SARAMPION	<p>SUERO: Libre de hemólisis y lipemia. Primeros 7 días del inicio de la erupción*.</p> <p>Si el caso es confirmado serológicamente es obligatorio enviar muestra de hisopado nasofaríngeo y orina. La muestra de orina debe recogerse durante la primera semana del inicio de la erupción.</p> <p>SUERO: Libre de hemólisis y lipemia. Al primer contacto.</p>	<p>Aislamiento viral*</p> <p>Detección de anticuerpos</p>	<p>Mantener a -20°C*.</p> <p>Depositar en Medio de Transporte Viral (MTV) y mantener a 4°C dentro de las primeras 24 horas y si no se puede enviar en este tiempo se debe conservar a -70°C. Mantener a 4°C (Se realiza en el Laboratorio de Salud Pública.).</p>	<p>Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo completo. Anexo 1. Diligenciar ficha de notificación. Enviar en Triple Embalaje</p>
VIH/Sida	<p>SUERO: Libre de hemólisis y lipemia. Diligenciar consentimiento informado.</p>	<p>Elisa</p> <p>Western blot</p>	<p>Mantener a 4°C.</p>	<p>Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar consentimiento informado. Enviar en Triple Embalaje</p>

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-06	PÁGINA 42
	GUIA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

VIROLOGIA				
TIPO DE INFECCION	TIPO MUESTRA	EXAMEN	ALMACENA- MIENTO	REMISION DE MUESTRAS
RABIA	SUERO: Libre de hemólisis y lipemia.	Identificación de anticuerpos	Mantener a 4°C.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo completo. Anexo 1. Diligenciar ficha de notificación. Enviar en Triple Embalaje
HEPATITIS	HEPATITIS A*: Suero desde el inicio de los síntomas hasta 4-6 meses HEPATITIS B**: Suero desde inicio de síntomas HEPATITIS C***: Suero después de 4 semanas de infección.	Detection IgM Anticore IgM ** Anticore IgG** ANTI HBsAg** HBsAg** Anticuerpos totales contra hepatitis C*** Riba***	Mantener a 4°C.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo completo. Anexo 1. Diligenciar ficha de notificación. Enviar en Triple Embalaje
VIRUS DE LA INFLUENZA	Hisopado Faríngeo: Inicio de síntomas	Aislamiento viral. Detección de antígenos Cultivo	Depositar en Medio de Transporte Viral (MTV) y mantener a 4°C. Suministrado por el Laboratorio de Salud Pública.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo completo. Anexo 1. Diligenciar ficha de notificación. Enviar en Triple Embalaje

PARASITOLOGIA				
TIPO DE INFECCION	TIPO MUESTRA	EXAMEN	ALMACENA- MIENTO	REMISION DE MUESTRAS
ENFERMEDAD DE CHAGAS	Suero: Libre de hemólisis y lipemia	Inmunofluorescencia indirecta (IFI) Debe tener una prueba de Elisa positiva previa.	Mantener a 4°C.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Anexar ficha de notificación. Diligenciar rotulo. Anexo 1 Enviar en Triple Embalaje

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-06	PÁGINA 43
	GUIA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

PARASITOLOGIA				
TIPO DE INFECCION	TIPO MUESTRA	EXAMEN	ALMACENAMIENTO	REMISION DE MUESTRAS
FILARIOSIS	Sangre Total.	Examen directo Identificación de anticuerpos	Mantener a 4°C	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo completo. Anexo 1. Enviar en Triple Embalaje
LEISHMANIOSIS CUTANEA	Extendido de la muestra en una lámina, según parámetros establecidos a Nivel Nacional y fijar con Metanol	Examen directo	Mantener a Temperatura Ambiente.	Remitir la lámina en una caja o envuelta en papel que Amortigüe golpes. Enviar en triple embalaje.
LEISHMANIOSIS VISCERAL, MUCOCUTANEA	Suero: Libre de hemólisis y lipemia	Inmunofluorescencia indirecta Solo vinculados	Mantener a 4°C.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo. Anexo 1. Enviar en Triple Embalaje
PALUDISMO	Sangre Total: Extendido de la muestra en una lámina según parámetros establecidos a Nivel Nacional.	Hemoparasitos Cc	Mantener a Temperatura Ambiente.	Remitir la lámina en una caja o envuelta en papel que Amortigüe golpes. Enviar en Triple embalaje.
PARASITISMO INTESTINAL	Materia Fecal: Enviar muestra en frasco de boca ancha (frasco recolector de orina) 4 gramos o de 2-3 ml si es diarreica. Idealmente envíe la muestra en 10 ml de solución de formol al 5%.	Identificación microscópica	Mantener a 4°C.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo. Anexo 1. Enviar en Triple Embalaje
CISTICERCOISIS	LCR: por lo menos 1 ml	Elisa	Mantener a 4°C.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo. Anexo 1. Anexar resumen de historia clínica Enviar en Triple Embalaje

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-06	PÁGINA 44
	GUIA PARA LA TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE VSP	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

MICROBIOLOGIA				
TIPO DE INFECCION	TIPO MUESTRA	EXAMEN	ALMACENAMIENTO	REMISIÓN DE MUESTRAS
TUBERCULOSIS	<p>ESPUTO:</p> <p>ORINA:</p> <p>JUGO GASTRICO: Se toma en adultos y niños que no expectoran, en recipiente debe contener Fosfato Trisódico (FTS) al 10% suministrado por el LSPD. Se requiere tomar tres muestras seriadas.</p> <p>LIQUIDOS ESTERILES: Como LCR, Pleural o Ascítico. Debe ser tomada por un médico especialista.</p>	<p>Baciloscopia (bk)</p> <p>Bk seriado</p> <p>Cultivo</p>	<p>Temperatura Ambiente, si se envía antes de 24h y refrigerada si se envía en un tiempo mayor 24h. Protegida de la luz directa</p>	<p>Espudo y Orina: Se recoge en un recipiente plástico de boca ancha con cierre hermético.</p> <p>Aspirado Gástrico: Se toma en recipiente de boca ancha con cierre hermético debe contener 2 ml FTS al 10% por casa 10ml de aspirado</p> <p>Líquidos Estériles: Se toma en un tubo estéril con tapa de cierre hermético.</p>
IDENTIFICACION DE CEPAS	Cepa aislada y fresca.	Identificación por bioquímicas	Solicitar al LSPD el medio de transporte AIMES y el protocolo para envío de las cepas. Mantener a T ambiente.	Enviar la cepa en caja de petri debidamente sellada o el medio de Transporte suministrado por el LSPD. Protegida con papel o cartón. Diligenciar completamente el rótulo, anexo No. 1
BRUCELOSIS	Suero: libre de hemólisis y lipemia.	Detección de anticuerpos IG-M	Mantener a 4°C.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo. Anexo 1. Enviar en Triple Embalaje
LEPTOSPIROSIS	Suero: libre de hemólisis y lipemia.	Detección de anticuerpos IG-M	Mantener a 4°C.	Enviar Refrigerada conservando la cadena de frío con pilas refrigerantes. Diligenciar rotulo. Anexo 1. Enviar en Triple Embalaje
TOS FERINA	<p>CASO SOSPECHOSOS: tomar aspirado nasofaríngeo con sonda estéril. ESTUDIO DE CONTACTOS: tomar hisopado nasofaríngeo con escobillón flexible.</p> <p>IFI: dos extendidos delgados en el centro de la lámina.</p> <p>PCR: aspirado nasofaríngeo o escobillón en tubo estéril tapa rosca</p>	<p>Cultivo</p> <p>Inmunofluorescencia indirecta</p> <p>PCR</p>	<p>Solicitar al LSPD el medio del cultivo, junto con el escobillón y el protocolo.</p> <p>Temperatura ambiente</p>	<p>Enviar en medio de transporte suministrado por el LSPD junto con el escobillón flexible y la lámina. Anexar ficha de notificación.</p> <p>Triple embalaje</p>

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-08	PÁGINA 45
	PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-08	PÁGINA 46
	PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

1. OBJETIVO

Disminuir el silencio epidemiológico y mejorar la notificación de los eventos de interés en salud pública de cada uno de los centros de atención de la ESE Solución Salud.

2. ALCANCE Y RESPONSABLES

Inicia con la revisión de RIPS y finaliza con el registro y confirmación de eventos no notificados.

El responsable de este procedimiento es el coordinador institucional de VSP.

3. GENERALIDADES

3.1 BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL:

La búsqueda activa institucional, en un procedimiento que garantiza la adecuada notificación de los eventos de interés en salud pública, porque permite por medio de la revisión de RIPS, identificar los eventos que no fueron notificados semanalmente.

Estos eventos se confirmarían también con la revisión de historias clínicas y se ajustarán al sistema del SIVIGILA.

Dentro de las funciones asignadas por el decreto 3518 de 2007, a las instituciones de salud, se encuentra la búsqueda activa institucional pero no la comunitaria.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL

1. Solicitar los RIPS según el periodo a analizar.
2. Buscar en el SIVIGILA el comando de los PROCEDIMIENTOS-BÚSQUEDA ACTIVA-CRÓNICAS O TRANSMISIBLES y dar aceptar.
3. Buscar los RIPS a analizar en el archivo C y dar cargar.
4. Generar archivos en Excel.
5. Buscar el archivo en carpeta SIVIGILA mis documentos.
6. Cruzar la información contra lo notificado en SIVIGILA. Si no está notificado entonces notificar y si hay duda entonces revisar historia clínica.
7. Diligenciar el formulario de búsqueda activa. Anexo 1.
8. Diligenciar la ficha epidemiológica, en caso de contar con una definición de caso.
9. Calcular la sensibilidad del sistema de vigilancia en el centro de atención.
10. Implementar acciones para mejorar las acciones, decisiones y flujo de información

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-08	PÁGINA 47
	PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

4. BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL

PROCEDIMIENTO		PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIA DE CERTIFICADOS DE ESTADÍSTICAS VITALES				
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1		INICIO	-	-	-	-
2		GENERACION DE RIPS	Facturador	Al finalizar el ingreso del 100% de facturas de atención	Área de facturación	Al finalizar cada mes de facturación, el personal encargado de esta área generara los RIPS de los usuarios atendidos durante el mes y los entregara en medio digital al coordinador de VSP institucional.
3		REALIZACIÓN DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL	Coordinador de VSP institucional	Los primeros 5 días hábiles de cada mes	Laboratorio Clínico	Para realizar la revisión de RIPS, es indispensable ingresar los datos al SIVI-GILA, luego el programa realizara la búsqueda de casos que se quedaron sin notificar.
4		BUSQUEDA DE HISTORIAS CLINICAS	Coordinador de VSP institucional	Los primeros 5 días hábiles de cada mes	Archivo de Historias clínicas	Teniendo en cuenta los datos arrojados por el sistema, se procede a realizar búsqueda y revisión de las historias clínicas de los eventos que se dejaron de notificar, de esta forma se realizara el ajuste de acuerdo a los datos obtenidos, con este tipo de estrategia se minimizara el subregistro en la notificación.
5		REPORTE DE BÚSQUEDA ACTIVA	Coordinador de VSP institucional	Los primeros 5 días hábiles de cada mes	Laboratorio clínico	Al finalizar la revisión de historias clínicas, se entregara en medio digital y físico el reporte de búsqueda activa institucional a la unidad notificadora y al área de epidemiología del nivel central de la ESE Solución Salud, en el formato establecido por la SSS.
		FIN	-	-	-	-

Se diligenciará el formato de búsqueda activa institucional. El responsable de la realización de este procedimiento es el Coordinador de VSP institucional.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 2	CÓDIGO PR-VGSP-08	PÁGINA 48
	PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

5. REGISTROS DE CALIDAD

NOMBRE REGISTRO	CÓDIGO	IDENTIFICACIÓN DE LA CARPETA	RESPONSABLE DE ALMACENAMIENTO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DESTINO FINAL
Busqueda activa institucional	externo	Carpeta con el mismo nombre del registro	Bacteriólogo (a),	Hasta cambios de información	Destrucción

6. NORMATIVIDAD

LEY 100 DE 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud)

LEY 1122 DE 2007 (Ajustes al SGSSS)

LEY 715 DE 2001 (Manejo de recursos y Competencias y organización del servicio de educación y salud)

LEY 9 DE 1997 (Código Sanitario Nacional)

DECRETO 1562 de 1984 (Vigilancia, control epidemiológico y medidas de seguridad)

DECRETO 3518 de 2006 (Implementación del Sistema de Vigilancia en Salud pública)

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-09	PÁGINA 49
	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-09	PÁGINA 50
	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

OBJETIVO

Proporcionar información para el manejo de muestras de patología para su transporte y para garantizar su embalaje/envasado seguro.

ALCANCE Y RESPONSABLES

Este procedimiento inicia desde la solicitud de atención de un paciente y termina con el envío o recepción de las muestras en el laboratorio.

Todo el personal es responsable de seguir las directrices aquí consignadas.

GENERALIDADES

El diagnóstico en patología es un trabajo de equipo ya que requiere de las buenas intervenciones del clínico, personal de apoyo como enfermería, personal técnico, asistentes y del trabajo analítico del patólogo. El manejo adecuado de la muestra incluye desde la toma del tejido u órgano hasta que se concluye en el diagnóstico, pero antes de llegar a las manos del Patólogo la pieza quirúrgica es manipulada por varias personas, seccionada, sometida a químicos, variaciones de temperatura, entre otros, que pueden facilitar o dificultar el diagnóstico histopatológico.

Se recomienda que se realice monitoreo de la calidad de las muestras suministradas a patología en referencia a: información clínica completa o suficiente, fijación adecuada y seguridad del envase. Se dice que para conseguir el más preciso diagnóstico morfológico, es necesario el llenado completo de la solicitud de los datos generales del paciente, cuadro clínico, evolución de la enfermedad y el diagnóstico clínico. Con esto, se podrá realizar una adecuada correlación clinicopatológica, la biopsia, ésta debe ser depositada en un recipiente con un adecuado volumen de fijador.

Toda pieza quirúrgica debe ser manipulada eficientemente y el personal de salud debe garantizar la calidad de todo el proceso de atención, la información clínica es importante, así como el manejo integral de la muestra, desde el tejido seleccionado, fijador, frasco, transporte de la muestra, tiempo de fijación, etc.

A continuación se expone toda la cadena de procedimientos que deben efectuarse en las muestras quirúrgicas para llegar a un diagnóstico certero:

- Toma de la muestra (biopsia).
- Solicitud del estudio.
- Fijación.
- Envío de la muestra al laboratorio de Patología.
- Selección del tejido a procesar (corte de las muestras).
- Deshidratación, aclaración e infiltración.
- Orientación e inclusión del espécimen.
- Microtomía.
- Tinción (hematoxilina y eosina o tinciones especiales).
- Montaje.
- Diagnóstico histopatológico.

Toma de la muestra: esta se realiza por el profesional a cargo del seguimiento clínico o el que este designe, se debe escoger un área representativa de cada lesión, se evitará tomar áreas desvitalizadas o necróticas,

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-09	PÁGINA 51
	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

siempre que sea posible se procurará que la muestra incluya lesión y parte del tejido normal adyacente.

Solicitud del estudio: consiste en la petición por escrito del estudio por parte del clínico. Una correcta solicitud de estudio es la responsabilidad del médico solicitante.

Toda muestra debe ir acompañada de una hoja de solicitud de biopsia, la cual debe contener los siguientes datos:

- Datos generales del paciente que al menos debe incluir: nombre, edad, número de cédula, número de expediente clínico.
- Identificación inequívoca del estudio solicitado.
- Identificación inequívoca de donde remitir el informe (nombre del médico solicitante o dirección exacta del paciente).
- Muestra enviada
- Fecha de toma de la muestra
- Biopsias previas
- Datos clínicos relevantes (resumen clínico).
- Hallazgos transquirúrgicos.
- Impresión diagnóstica.

Los motivos por los que un espécimen puede rechazarse son:

- El espécimen viene contenido en un recipiente sin identificación.
- Existe discrepancia entre el nombre referido en el recipiente y el incluido en la solicitud.
- El rótulo del recipiente viene manchado con sangre o borrado.

Fijación: el tejido debe ser sometido a la acción de la solución fijadora tan pronto como sea posible, después de haber sido retirado del cuerpo vivo o del cadáver.

Cualquier demora seca el tejido y acelera la autólisis, la congelación del tejido antes de la fijación puede producir cambios morfológicos severos, la colocación de las muestras de tejido en solución salina fisiológica antes de la fijación, inicia y acelera el proceso de autólisis.

El proceso de fijación no solo preserva los tejidos deteniendo la autólisis sino que también permite que los tejidos permanezcan sin cambios luego de subsecuentes tratamientos. En las células vivas las proteínas, los carbohidratos, los lípidos y otras sustancias complejas se encuentran laxamente unidas por medio de puentes de hidrógeno o formando sales, estas débiles uniones deben ser convertidas por medio de la fijación en uniones sólidas, que resistan la deshidratación cuando todo el sistema pierda agua.

Hay numerosos tipos de fijadores y pueden ser líquidos o sólidos. La formalina al 10% estabilizada, está considerada como el mejor fijador general porque preserva el mayor número de estructuras, requiere un período de fijación relativamente corto,

puede ser usada para almacenamiento de muestras de tejido a largo plazo, permite la realización de otros estudios especiales como histoquímica e inmunohistoquímica y penetra rápida y regularmente sin producir endurecimiento del tejido.

La formalina se tampona con fosfatos monobásico y dibásico de sodio para mantener un Ph estable por varios meses y así evitar que se oxide a ácido fórmico el cual produce un pigmento ácido y oscuro que a veces cubre la muestra y dificulta al patólogo en el diagnóstico.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-09	PÁGINA 52
	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

El volumen del fijador debe ser de diez a veinte veces el de la pieza a fijar.

Hasta aquí se han descrito los procedimientos que los médicos realizan rutinariamente como parte del manejo de la biopsia antes de hacerlas llegar al Departamento de Patología. A continuación se describirán los procedimientos donde usualmente no se ve involucrado el medico; sin embargo se prefiere no omitirlos para que el lector pueda apreciar la secuencia completa de tratamiento que se les da a los tejidos y que los errores realizados previamente repercuten en el resultado final que es el diagnóstico adecuado.

Envío de la muestra al laboratorio de Patología

Una vez obtenida la muestra, debe ser enviada al departamento de Patología lo más rápidamente posible. La identificación de la muestra debe ser descriptiva y topográfica, se recomienda mandarla en fresco y que sea el patólogo el que realice la fijación y los cortes pertinentes a cada pieza; en caso que surjan demoras en el envío, la pieza debe ser fijada inmediatamente, el medio de fijación debe cubrir por completo la pieza y colocar la muestra en el recipiente de traslado de manera tal que al fijarse pierda lo menos posible su estructura anatómica original. El recipiente debe reunir las siguientes características:

- Boca ancha: para poder extraer la muestra sin deteriorarla.
- Cierre hermético: así no exponemos al personal que manipula las muestras, a los vapores y derrames de formalina (tóxico volátil).
- Capacidad de más de 10 veces el volumen de la muestra.
- Frasco rotulado: identificando al menos nombre del paciente, muestra enviada, sala y fecha de realización del procedimiento y que estos datos concuerden con los de la hoja de solicitud de biopsia.

Selección del tejido a procesar: esta se realiza por el patólogo de acuerdo al tipo de biopsia recibida, tamaño, si es tumoral o no y de acuerdo con la información suministrada por el clínico; el número de muestras dependerá de la naturaleza del caso, apariencia macroscópica de la pieza y la experiencia. De manera general deben seguirse los siguientes principios:

- Toda zona que difiere de lo normal debe ser escogida, en biopsias tumorales debe muestrearse toda zona que destaque en especial.
- No repetir áreas equivalentes
- Se deben tomar secciones que incluyan tumor y tejido aparentemente sano, en las biopsias que muestren ambos componentes.
- Si existen nódulos satélites, se tomaran secciones que incluyan cada una de ellos.
- Los fragmentos que se incluirán en las cestillas deben tener un tamaño inferior a estas y no superar los 3.5mm de espesor para facilitar la infiltración de la parafina.
- No incluir materiales como hilo de sutura, grapas quirúrgicas entre otros, que pueden dañar la cuchilla del micrótopo.

Deshidratación, aclaración e infiltración: son pasos secuenciales designados para remover toda el agua que se pueda extraer de los tejidos y reemplazarla con un medio que se solidifique para así permitir el corte de estos tejidos. Para la deshidratación se prefieren los alcoholes (isopropílico, etílico) el alcohol isopropílico es más barato que el etílico y se usan partiendo de las concentraciones más bajas a las más altas. El tiempo necesario para lograr una perfecta deshidratación depende del grosor de la pieza y el volumen de líquido deshidratante, 10 veces el volumen de la pieza es suficiente, si el grosor de esta no sobrepasa el medio centímetro, la deshidratación suele lograrse en 2 ó 3 horas, lo cual puede acelerarse si se remueven los frascos cada cierto tiempo. El alcohol absoluto endurece mucho los tejidos por lo cual estos no deben dejarse jamás en aquel por tiempo superior a las tres horas.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-09	PÁGINA 53
	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

El proceso de aclaramiento o desalcoholización se inicia al pasar el tejido del alcohol absoluto al agente aclarante. El xilol es uno de los muchos agentes aclarantes, es generalmente utilizado en la inclusión rutinaria en parafina, por su compatibilidad con muchos tipos y tamaños de especímenes. La relación de volumen entre el agente aclarante y la muestra es de diez a uno, el proceso se acelera por la agitación suave del frasco. Se recomienda tres cambios de una hora cada uno.

La infiltración se inicia cuando pasamos la pieza del aclarante a la parafina, el proceso tiene por objeto infiltrar completamente la muestra histopatológica con el medio que se va a utilizar para la imbibición del tejido el cual va sustituyendo poco a poco el xilol que se encuentra en el seno de los tejidos, la finalidad es proporcionar al tejido homogeneidad y dureza suficiente para que se puedan obtener secciones finas de calidad. Se recomienda dos baños sucesivos de parafina fundida, cada uno de dos horas, en estufa a 55 grados Celsius; estos pasos impiden que sea retenido en el tejido cualquier cantidad de sustancia aclarante, la cual podría reblandecer la parafina y dificultar la operación de corte.

Orientación del espécimen e inclusión en parafina: una sección del tejido puede ser destruida si la inclusión, localización y la orientación del tejido no son adecuadas, el técnico debe escrutinar cada uno de los fragmentos recibidos, analizar su estructura y decidir cómo situar el tejido en el bloque. Las secciones deben ser incluidas perfectamente planas para asegurarse de que se obtenga una sección completa y usar una presión justa para mantener la sección plana contra la superficie del molde.

La orientación debe ser tal que la resistencia que el tejido ofrece a la cuchilla vaya de un grado menor a uno mayor, a medida que se va cortando el bloque y por tanto los tejidos más duros no compriman a los blandos, evitando así secciones irregulares. Debe haber un margen adecuado (mínimo 2 mm.) de medio de inclusión rodeando el tejido por todos lados para que el apoyo al cortar sea el máximo posible.

Para las estructuras tubulares la orientación será lo más vertical que se pueda, de manera que la cuchilla corte a través de la estructura tubular, los tejidos que tienen una superficie epitelial, se colocarán de forma tal que la sección pase a través de todas las capas del tejido, la superficie epitelial debe colocarse en la parte más alta del bloque para que sea la última en ser cortada, los especímenes grandes y sólidos como próstata, hueso, útero, tiroides deben ser incluidos con un ligero ángulo en relación al borde de la cuchilla, así se comienza el corte con menos resistencia y se reduce la posibilidad de desplazar el tejido fuera del bloque; las estructuras quísticas después de la sección adoptan forma de cúpula, por lo tanto deben ser incluidas con la superficie de corte hacia abajo para que la cuchilla corte a través de todas las capas de la pared del quiste, hay que asegurarse que la cúpula no atrape burbujas de aire.

La inclusión es el proceso de rodear un tejido con una sustancia firme para poder obtener secciones bien delgadas, la parafina es el medio de inclusión más popular y de manera general el proceso técnico de la inclusión en parafina es el siguiente: usando pinzas calentadas en un mechero, remueva la cajilla procesadora para examinar la muestra, seleccione el molde adecuado para el tamaño de la muestra, llénelo parcialmente con parafina, recaliente las pinzas y remueva el tejido de la Calidad encajilla y oriéntelo en el fondo del molde. Transfiera el molde del plato caliente al plato frío, la parafina formará una capa delgada pero sólida, suavemente oprima la superficie del tejido que se va a cortar contra la capa sólida que lo mantendrá en esa posición. La parafina debe solidificarse en aproximadamente 15 minutos, el molde debe ser separado de la parafina produciendo un bloque que ya está listo para cortar.

Microtomía: Existen seis tipos fundamentales de micrótomos, el más usado es el rotatorio en el cual lo que se mueve es el bloque; en el deslizante es la cuchilla la que se mueve, este es útil para cortar bloques grandes.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-09	PÁGINA 54
	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Antes de cortar examine el bloque y establezca cómo va a ser orientado en el porta bloque, deje los márgenes más generosos en los extremos superior e inferior del bloque. Una vez asegurado en el porta bloque ajústelo hasta estar seguro que no tropiece con la cuchilla, comience a tomar rebanadas gruesas del bloque hasta que la superficie tisular entera esté expuesta, humedezca la superficie del bloque con agua ligeramente tibia de 30 a 60 segundos, retracte ligeramente el porta bloque, enfríe brevemente la cuchilla y el bloque con un cubo de hielo, gire la rueda de mano de forma lenta y uniforme para crear las cintas de tejido, páselas al baño de flotación y déjelas hasta que se aplanen. Luego se pasan a láminas portaobjetos limpias previamente marcadas, se dejan escurrir verticalmente y se colocan en una bandeja metálica antes de colocarlas al horno a 58 °C por 20 ó 30 minutos, deje enfriar antes de teñir.

Tinción: existen múltiples variantes, según se emplee un tipo u otro de eosina y de hematoxilina. Por lo común, este método siempre consta de una fase inicial, en la que se colorean los núcleos celulares con hematoxilina y una fase ulterior de contraste citoplasmático y de los componentes extracelulares con la eosina, el tiempo que se le da a las láminas en cada uno de los componentes varía en dependencia de la maduración de las soluciones y el desgaste de las mismas, por esto deben realizarse controles periódicos para lograr la calidad óptima de tinción y aprovechar al máximo la vida útil de las soluciones.

Modo de operar: desparafinar e hidratar, teñir con hematoxilina de Harris durante 2 minutos, lavar en agua corriente, diferenciar en alcohol ácido al 1% durante 5 a 30 segundos, eliminar el exceso de hematoxilina y luego azular las láminas en hidróxido de amonio durante 1 minuto, colorear con eosina de 20 a 60 segundos, lavar en agua corriente hasta obtener la intensidad deseada de coloración, deshidratar, aclarar, y montar.

Montaje: después de realizar el aclaramiento de las preparaciones se procede a realizar su montaje definitivo, el cual consiste en interponer entre el portaobjetos y el cubreobjetos un medio de montaje que evite el contacto de la preparación con el aire ambiental, el medio de montaje debe tener un índice de refracción lo más próximo al del líquido que impregna el corte. Para el montaje de preparaciones deshidratadas se usan resinas vegetales como el bálsamo del Canadá o pegamentos sintéticos utilizados más recientemente.

Durante este proceso es importante evitar la formación de burbujas aéreas entre el portaobjetos y el cubreobjetos, para ello se coloca una o dos gotas del medio de montaje sobre el cubreobjetos invertido, se sitúa este último sobre el tejido y se deja difundir el medio de montaje por capilaridad, presionando levemente con una aguja de histología.

Las preparaciones deben manejarse con suma precaución durante las primeras horas para evitar artefactos y la adherencia de unas con otras.

Diagnóstico histopatológico: este es realizado por el patólogo, después de analizar al microscopio las secciones de tejido que han pasado por todo el proceso antes explicado.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-09	PÁGINA 55
	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Desarrollo del procedimiento de referencia de muestras de patología.

PROCEDIMIENTO		Procedimiento de referencia de muestras para patología.				
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1		INICIO	-	-	-	-
2		Orden medica	Medico general	Finalizar la consulta de medicina (necropsia clínica o atención de parto)	Morgue o área de obstetricia en formato de orden medica	Al finalizar la necropsia o la atención del parto en caso de presentarse muerte fetal por causas desconocidas y que el feto tenga peso mínimo de 600 gr.
3		Toma de muestra	Medico general	Finalizar la necropsia clínica o la atención del parto.	Morgue o área de obstetricia en formato de orden medica	De acuerdo a los procedimientos establecidos por el laboratorio para la toma de muestras de patología.
4		Conservación de la muestra	Enfermera profesional	Después de realizar la toma de muestra correspondiente	Laboratorio clínico	De acuerdo a los procedimientos establecidos por el laboratorio clínico para el manejo de muestras de patología (PR-LAB-10).
5		Diligenciamiento de rotulo	Enfermera Jefe	Después de recolectada muestra	En el formato FR – AU - 07	Diligenciar el formato FR – AU – 06
6		Embalaje de la muestra para estudio histopatológico	Enfermera Jefe	Después de recolectada y rotulada la muestra	Laboratorio clínico	Realizar el embalaje de la muestra de acuerdo a el PR-LAB-10
8		Diligenciamiento de formato de envío de muestras	Enfermera Jefe	Al finalizar el adecuado embalaje de las muestras	Laboratorio clínico en el formato FR – AU - 6	Diligenciar el formato FR – AU – 6 para cada una de las muestras enviadas.
9		Transporte de las muestras	Enfermera Jefe EPS o EPS-S	Al realiza confirmación de la seguridad social del usuario	Laboratorio clínico	Realizar procedimiento de acuerdo al PR-LAB-10
10		FIN	-	-	-	-

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-09	PÁGINA 56
	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO	FECHA VIGENCIA 27/03/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

REGISTROS DE CALIDAD

NOMBRE REGISTRO	CÓDIGO	IDENTIFICACIÓN DE LA CARPETA	RESPONSABLE DE ALMACENAMIENTO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DESTINO FINAL
Libro de muestras de patología a Remitir Laboratorio de Referencia	FR-LAB-100	Libro de muestras de patología a Remitir Laboratorio de Referencia	Persona responsable de la sección	Lo estipulado para la Historia Clínica	Archivo

TERMINOS Y DEFINICIONES

Toma de la muestra: se debe escoger un área representativa de cada lesión, se evitará tomar áreas desvitalizadas o necróticas, siempre que sea posible se procurará que la muestra incluya lesión y parte del tejido normal adyacente.

Solicitud del estudio: consiste en la petición por escrito del estudio por parte del clínico.

Fijación: el tejido debe ser sometido a la acción de la solución fijadora tan pronto como sea posible, después de haber sido retirado del cuerpo vivo o del cadáver.

Envío de la muestra al laboratorio de Patología: una vez obtenida la muestra, debe ser enviada al departamento de Patología lo más rápidamente posible. La identificación de la muestra debe ser descriptiva y topográfica, se recomienda mandarla en fresco y que sea el patólogo el que realice la fijación y los cortes pertinentes a cada pieza.

Deshidratación, aclaración e infiltración: son pasos secuenciales designados para remover toda el agua que se pueda extraer de los tejidos y reemplazarla con un medio que se solidifique para así permitir el corte de estos tejidos.

El proceso de **aclaramiento** o desalcoholización se inicia al pasar el tejido del alcohol absoluto al agente aclarante.

La **infiltración** se inicia cuando pasamos la pieza del aclarante a la parafina, el proceso tiene por objeto infiltrar completamente la muestra histopatológica con el medio que se va a utilizar para la imbibición del tejido el cual va sustituyendo poco a poco el xilol que se encuentra en el seno de los tejidos, la finalidad es proporcionar al tejido homogeneidad y dureza suficiente para que se puedan obtener secciones finas de calidad.

Inclusión: Es el proceso de rodear un tejido con una sustancia firme para poder obtener secciones bien delgadas.

Tinción: consta de una fase inicial, en la que se colorean los núcleos celulares con hematoxilina y una fase ulterior de contraste citoplasmático y de los componentes extracelulares con la eosina.

Montaje: el cual consiste en interponer entre el portaobjetos y el cubreobjetos un medio de montaje que evite el contacto de la preparación con el aire ambiental, el medio de montaje debe tener un índice de refracción lo más próximo al del líquido que impregna el corte.

Diagnóstico histopatológico: este es realizado por el patólogo, después de analizar al microscopio las secciones de tejido que han pasado por todo el proceso antes explicado.

Revision Bibliografica

Rosai J, Ackerman L. Surgical Pathology. 9th ed. Philadelphia: Mosby. 2004: 2-9.

Rembao B, Vega R, Salinas C. Neuropatología quirúrgica: Parte II. El reporte histopatológico. Arch Neurocién. 2005 ;10 (1):15-18.

Rembao C, Vega R, Salinas C. Neuropatología quirúrgica. Parte I. Indicaciones del estudio transoperatorio. Arch Neurocién. 2004; 9 (4):222-25.

Almodoni J. Manejo de la pieza quirúrgica para realización de estudio anatomopatológico. Rev Venez Cir. 2006; 59 (2):75-78.

Alvarado I. et al. Management and report of surgical specimens. Gamo; 2006; 5 (4):99-103.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-10	PÁGINA 57
	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CASO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CASO

ELABORACIÓN Enfoque Salud Integral Ltda CONTRATISTA Fecha: 15/03/2011	REVISIÓN FERNANDO ARIZA BECERRA Subgerente Asistencial Fecha: 24/03/2011	APROBACIÓN DORELLY OROS MARTINEZ Gerente (E.) Fecha: 27/03/2011
---	--	---

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-10	PÁGINA 58
	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CASO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

1. OBJETIVO

Realizar un estudio detallado de cada uno de los eventos presentados para determinar causas, factores de riesgo y realizar el correspondiente plan de mejoramiento de acuerdo a la competencia institucional.

2. ALCANCE Y RESPONSABLES

Inicia con la notificación del evento y finaliza con la elaboración del plan de mejoramiento. Los responsables son el Medico General, Enfermera, Bacteriólogo.

3. GENERALIDADES

3.1 ANALISIS DE CASO:

la investigación de caso, es un procedimiento fundamental para describir e identificar los factores de riesgo asociados y determinar las causas en la ocurrencia de este evento, además permite detectar las fallas presentes en cada uno de los programas de promoción y prevención y en los servicios ofrecidos en el centro de atención para realizar los análisis, es importante citar de forma extraordinaria a los integrantes de comité de mortalidad materno perinatal para lo cual se tendrán en cuenta las funciones asignadas en el comité y las descritas en los protocolos de manejo del instituto nacional de salud.

3.2 PASOS PARA LA REALIZACION DEL ANALISIS DE CASO:

Para garantizar el adecuado análisis de cada uno de los casos es necesario cumplir con las siguientes indicaciones:

3.2.1 Recolección de Información:

La recolección de la información se realizara mediante la consecución y revisión de los documentos que aportan la información como son: fichas de notificación, la historia clínica, la epicrisis y el certificado de defunción. Verificar que los datos de las fichas de notificación sean coherentes y que este completos. Inmediatamente se diligencie la ficha se debe consultar la historia clínica y corroborar la información como precrítica de la misma.

3.2.2 Resumen de Historia clínica:

Se debe realizar un resumen de la historia clínica en el que se incluya:

Datos sociodemográficos: edad, municipio o área de procedencia, aseguramiento, fecha y hora de admisión.

Motivo de consulta: Fecha y hora de ingreso, motivo de consulta y en caso de ser remitida, fecha y hora de remisión.

Antecedentes y Factores de riesgo o de protección: es este ítem se incluyen todos los antecedentes del usuario incluyendo los antecedentes reproductivos.

Datos de ingreso: se describen los hallazgos registrados en la historia clínica por orden cronológico.

Resumen Evolución Cronológica: resumen de cada una de las atenciones brindadas en el centro de atención dirigidas a la promoción y recuperación de la salud.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-10	PÁGINA 59
	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CASO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

Desenlace: en este ítem se describen fecha y hora de defunción o de remisión según corresponda al caso.

3.2.3 Análisis en comité: los documentos obtenidos se analizarán en el comité correspondiente al caso, en el cual se tendrán en cuenta la evaluación de la calidad, la evaluación de las demoras, de acuerdo a lo dispuesto en los protocolos de vigilancia del instituto nacional de salud.

Ver protocolos para análisis de caso de cada evento.

3.2.4 Elaboración del Plan de Mejoramiento: de acuerdo a los hallazgos descritos en el análisis de caso y a las conclusiones obtenidas, se realizará un plan de mejoramiento que incluye los siguientes ítems:

PLAN DE MEJORAMIENTO							
DEMORA	ACTIVIDAD (QUE)	RESPONSABLE DE LA EJECUCION (QUIEN)	COMO	DONDE	CUANDO	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES

3.2.5 Cumplimiento al Plan de Mejoramiento: una vez realizado y aceptado el plan de mejoramiento, es necesario realizar seguimiento y control a las actividades establecidas con el fin de garantizar su cumplimiento y mejorar la calidad de la atención.

La estructura general para el informe del análisis de caso es el siguiente:

INFORME DEL COMITÉ DE ANÁLISIS A NIVEL INSTITUCIONAL

FECHA DE REALIZACIÓN: _____

ASISTENTES: _____

NOMBRE DE LA MATERNA: _____

FECHA DE OCURRENCIA: _____

FECHA DE NOTIFICACIÓN: _____

Causa básica de la muerte: _____

Causa directa 1 _____

Causa directa 2 _____

Causa directa 3 _____

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-10	PÁGINA 60
	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CASO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

1. Evaluación de las demoras: (Las respuestas pueden ser: si, no, no aplica, sin información)

DEMORA 1	SI	NO	OBSERVACIONES
Se reconoce el problema con prontitud por parte de la gestante			
La gestante reconocía los factores de riesgo durante la gestación (signos y síntomas de peligro)			
Desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos.			
Desconocimiento de derechos y deberes en salud.			
Otro(s) aspecto relacionado (s) con esta demora			

DEMORA 2	SI	NO	OBSERVACIONES
Se presentaron inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar decisión oportuna de solicitar atención médica			
Experiencias negativas en los servicios de salud demoraron la decisión de solicitar atención			
Otro(s) aspecto relacionado (s) con esta demora			

DEMORA 3	SI	NO	OBSERVACIONES
Inaccesibilidad geográfica o por orden público			
Falta de estructura vial y de comunicaciones			
Factores económicos dificultaban el traslado			
No hubo el acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio			
Remisión oportuna			
Trámites, exigencias o situaciones que impidieron el ingreso a la institución de salud			
Otro(s) aspecto relacionado (s) con esta demora			

DEMORA 4	SI	NO	OBSERVACIONES
Tratamiento médico adecuado y oportuno.			
Calidad de la atención prenatal en cuanto a identificación del riesgo			
Personal suficiente y capacitado para la atención de parto			
Evaluación y cumplimiento de protocolos.			
Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados etc.			
Inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante.			
Atención en niveles no acordes a su gravedad			
Calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio etc.			
Otro(s) aspecto relacionado (s) con esta demora			

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-10	PÁGINA 61
	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CASO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

2. INFORMACION SOBRE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION, TRAZABILIDAD DE REGISTROS Y QUEJAS DE USUARIOS

SEGURIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
Se presentaron infecciones asociadas a la atención hasta 30 días después de realizada			
Se presentaron complicaciones asociadas a la administración de medicamentos			
Se presentaron complicaciones a la administración de hemoderivados			
Se presentaron complicaciones durante o después de la realización de algún procedimiento			
Se detectaron eventos trazadores			
Existen todos los comités de vigilancia de los riesgos inherentes a la prestación de servicios			
Otro(s) aspecto relacionado (s) con la seguridad			

TRAZABILIDAD DE LA ATENCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
La historia clínica se encuentra disponible			
Historia clínica con las características del decreto 1995 de 1998			
Otro(s) aspecto relacionado (s) con la trazabilidad de la atención			

QUEJAS DE LOS USUARIOS	SI	nO	OBSERVACIONES
Se presentó alguna queja de los usuarios (Breve recuento en caso afirmativo)			

3. RESULTADO PARÁMETROS DE CALIDAD:

PARÁMETRO	SI	NO	OBSERVACIONES
Oportunidad			
Accesibilidad			
Pertinencia			
Continuidad			
Seguridad			
Trazabilidad de la atención			
Quejas de los usuarios			

4. CONCLUSIÓN METODOLOGÍA DEL POR QUÉ? POR QUÉ? CÓMO? CÓMO? _____

5. MUERTE EVITABLE O NO EVITABLE DESDE EL NIVEL INSTITUCIONAL?
(Explicar)_____

6. PLAN DE MEJORAMIENTO

EL COMITÉ DEBERA SER CONVOCADO Y REALIZADO POR LA INSTITUCION

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-10	PÁGINA 62
	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CASO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

4. ANALISIS DE CASO

PROCEDIMIENTO		PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE CASO				
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO	INICIO	-	-	-	-
2	NOTIFICACIÓN DEL EVENTO	NOTIFICACION DEL EVENTO	Medico, Bacteriólogo	Consulta el usuario al centro de atención	Centro de atención	El evento se identifica durante la consulta médica e inmediatamente se notifica para iniciar el proceso correspondiente.
3	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION	RECOLECCION DE LA INFORMACION	Bacteriólogo, Enfermera Jefe, Medico director	Cuando se identifica y notifica el evento	Centro de atención	De acuerdo al evento presentado se realizar la consecución de historia clínica, fichas de notificación, actas de nacimiento o defunción.
4	ELABORACIÓN DEL RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA	ELABORACION DEL RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA	Medico director, enfermera jefe, bacteriólogo	Cuando se identifica y notifica el evento	Centro de atención	Se realizara revisión de la historia clínica donde se analizará el cumplimiento a la resolución 1995 de 1999, certificados de nacimiento o defunción según sea el caso y Fichas de notificación para tener un concepto de la evolución cronológica del usuario que presento el evento.
5	CITACIÓN A COMITÉ DE VSP	CITACION A COMITÉ DE VSP	Bacteriólogo, medico director	Una vez recolectada el 100% de la información	Centro de atención	Se notificara por escrito el día, la hora y el objetivo de la reunión de comité a cada uno de los integrantes.
6	ANÁLISIS DE COMITÉ	ANALISIS DE COMITÉ	Integrantes comité de VSP	El día asignado por el responsable del comité	Centro de atención	Durante la reunión de comité se analizaran los datos obtenidos en la recolección de información, además se utilizaran los registros diseñados para tal fin en el cual se consignaran los datos correspondientes.
7	ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	ELABORACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Integrantes de comité de VSP	Durante el análisis de caso	Centro de atención	Al finalizar el análisis de los datos obtenidos en la revisión de registros se elaboraran las conclusiones y el plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos identificados en el análisis del evento.
8	SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO.	SEGUIMIENTO A CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Director del centro de atención	Hasta el cumplimiento de las actividades del plan de mejoramiento	Centro de atención	De acuerdo a las actividades programadas en el plan de mejoramiento se realizará seguimiento a el cumplimiento de cada una de ellas.
9	FIN	FIN	-	-	-	-

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	VERSIÓN 1	CÓDIGO PR-VGSP-10	PÁGINA 63
	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CASO	FECHA VIGENCIA 25/05/2011	DOCUMENTO CONTROLADO	

El formato de análisis de caso y el formato de plan de mejoramiento, son los instrumentos necesarios para realizar la recolección de información y el respectivo análisis de cada uno de los casos que lo requieren. El responsable de la realización de este procedimiento es el coordinador institucional de vigilancia en salud pública, el médico director y la enfermera jefe de cada centro de atención y debe ser reportado al funcionario de Vigilancia en salud pública del nivel central.

5. REGISTROS DE CALIDAD

NOMBRE REGIS- TRO	CÓDIGO	IDENTIFICACIÓN DE LA CARPETA	RESPONSABLE DE ALMACENA- MIENTO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DESTINO FINAL
Análisis de caso	FR-VSP-02	Carpeta con el mismo nombre del registro	Bacteriólogo (a)	Hasta cambios de información	Destrucción
Notificación Semanal	FR-VSP-03	Carpeta con el mismo nombre del registro	Bacteriólogo (a)	Hasta cambios de información	Destrucción

6. NORMATIVIDAD

LEY 100 DE 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud)

LEY 1122 DE 2007 (Ajustes al SGSSS)

LEY 715 DE 2001 (Manejo de recursos y Competencias y organización del servicio de educación y salud)

LEY 9 DE 1997 (Código Sanitario Nacional)

DECRETO 1562 de 1984 (Vigilancia, control epidemiológico y medidas de seguridad)

DECRETO 3518 de 2006 (Implementación del Sistema de Vigilancia en Salud pública)

7. TERMINOS Y DEFINICIONES

ANÁLISIS DE CASO: Es un procedimiento fundamental para describir e identificar los factores de riesgos asociados y determinar las causas que inciden en la ocurrencia del evento.