



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

NIT .900 042 103-5

- **SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**
- **ESQUEMA DE PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**
- **REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS AL SISTEMA - RUAF (ESTADÍSTICAS VITALES)**



OBJETIVOS DEL PROCESO DE VIGILANCIA

Notificar a los entes de control los EISP de manera oportuna para que estos realicen las actividades tendientes a reducir el impacto sanitario que pueden generar eventos de interés en salud pública.



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

NIT .900 042 103-5



VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN EL SSS

**VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA
Y
SEGURIDAD SOCIAL**

- **LEY 9 DE 1979**
- **LEY 10**
- **LEY 100**
- **DECRETO 3518**



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Finalidades

- **Detectar brotes y epidemias , orientar las acciones específicas para su control.**
- **Identificar FR y FP relacionados con los eventos de interés en SP y grupos poblacionales expuestos a dichos factores**





SIVIGILA

Instituto Nacional de Salud

Sistema de vigilancia en salud pública



UPGD



Individual



Colectivo



Laboratorios



SIANIESP



Salir

V.2015

**Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en
Salud Pública**

Desde 1917 comprometidos con la Salud Pública

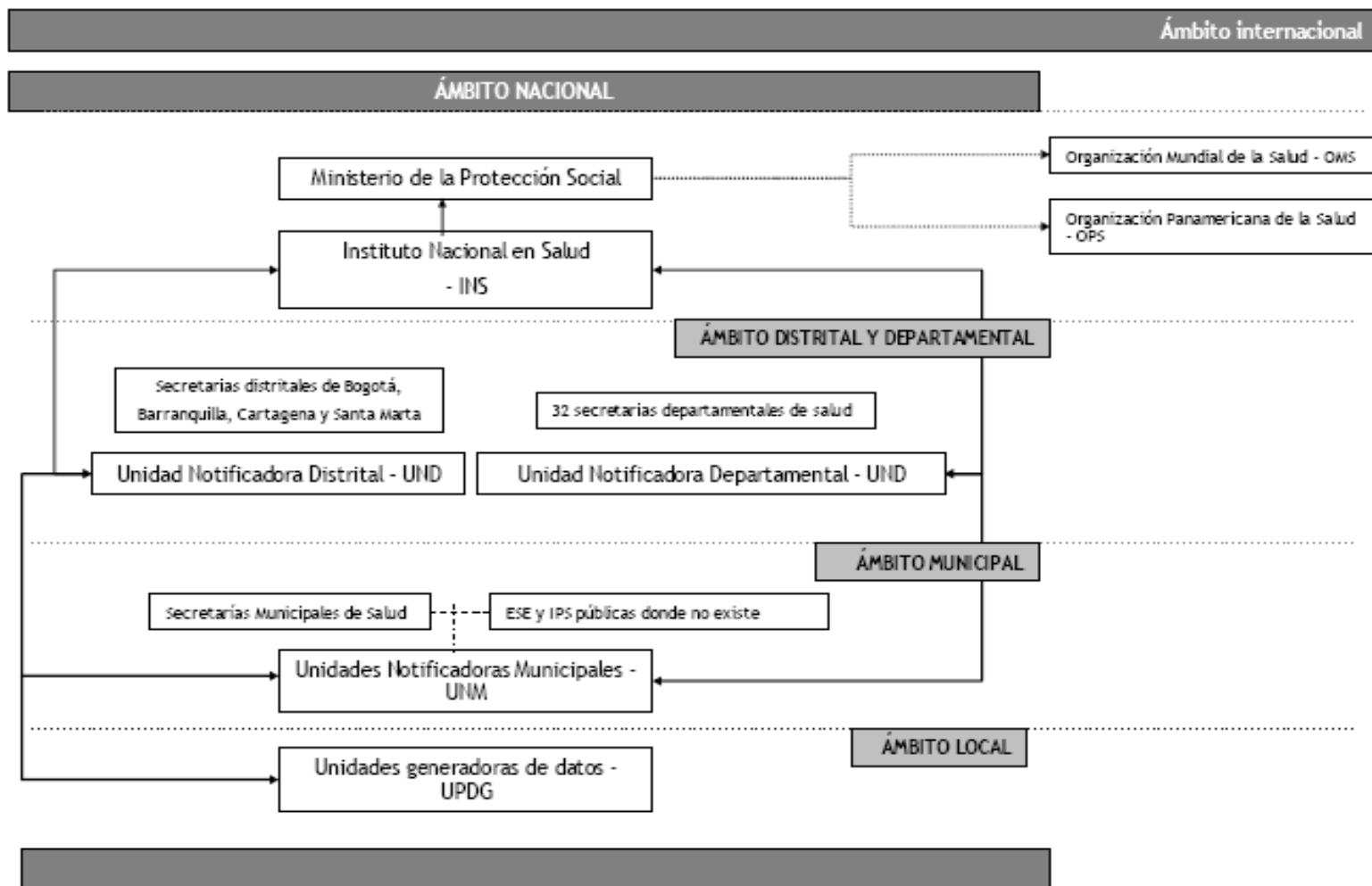
Todos los derechos reservados

Periodo: 5 Semana: 20 Desde: 17/05/2015 - 23/05/2015

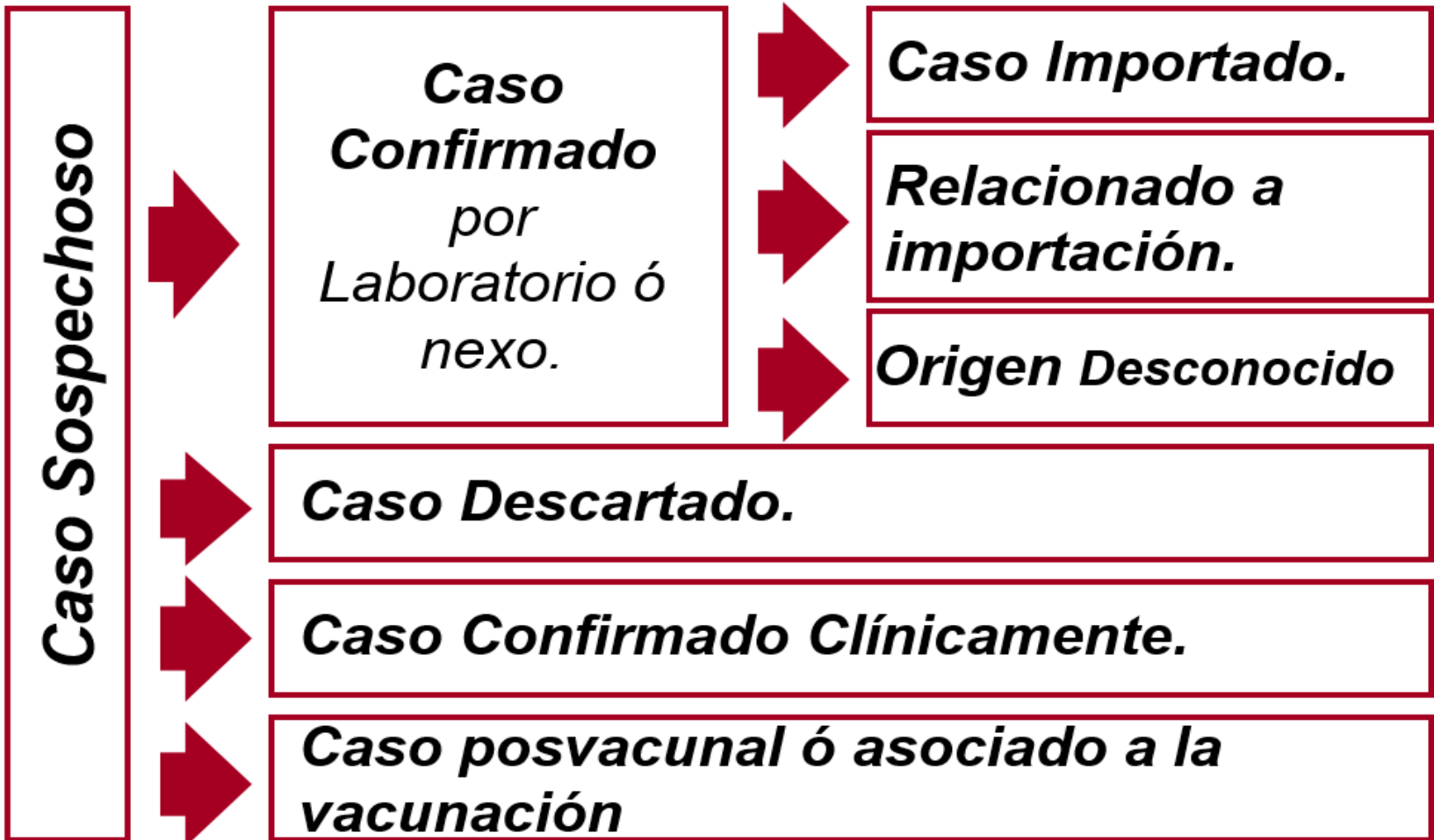
Sitio WEB: www.ins.gov.co - Correo-e: sivigila@ins.gov.co - PBX: 091 2207700

jueves, 21 de mayo de 2015

FLUJO DE LA INFORMACIÓN



CLASIFICACIÓN DE CASOS



FICHA EPIDEMIOLÓGICA

SE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

SVIGILA - 2015 - NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL - DATOS BÁSICOS

X

PGD 140010178101 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO D

Registro 42/128

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Código UPGD de la Ficha	Ajuste	F Ajuste	Código del Evento	F. Notificación	Año	Semana Not Ocu
140010178101		//		//		
Tipo y Número de Identificación		Primer Nombre		Segundo Nombre		
Primer Apellido		Segundo Apellido		Teléfono	F. Nacimiento	Edad
					//	
Sexo	País de Procedencia/Ocurrencia		Municipio de Procedencia/Ocurrencia			
	COLOMBIA					
Área Pro./Oc	Localidad	Centro poblado	Vereda	Nombre vereda		
Barrio	Nombre Barrio		Ocupación	T Rég Salud	Administradora	P Étnica

Grupos Poblacionales de pertenencia

Discapacitado	Desplazado	Migrante	Carcelario	Gestante	Indigente	Pob.ICBF	Madre com.	Desmovilizado	Pob. Psiqui.	Víctima viol.	Otro

NOTIFICACIÓN

M Residencia	País de residencia	Dirección de Residencia						
F. Consulta	F. Inicio Síntomas	Clasif... del Caso	Hospitalizado	F. Hospitalización	Condición	F. Defunción	Certificado Def.	Causa B
//	//	4		//		//		

Nombre del que diligencia la Ficha

Teléfono del que diligencia la ficha

COMPLEMENTARIOS DEL EVENTO

Imprimir

Laboratorios

Nueva

Ajustar

Guardar

Canc.

Ant

Sig

Buscar Pacientes

Borrar

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS, Identificación del Paciente

Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	F. Notificación	Año	Semana
CC 45517972	LUX	LKJIUYG	LKJUYHG	LOIJHYG	01/02/2015	2015	4

TIPO DE TUBERCULOSIS

Tipo TBC

Localización

CLASIFICACIÓN DEL CASO

Según ingreso

INFORMACIÓN ADICIONAL

Vac. BCG Registrada cnt. Sem.gestac

Trabaj. Salud Ocupación

VIH

Diag. Prev. Asesoría Prueba diag Coinf TBC/VIH Terap. Prev. Tratam. Anti.

Peso en Kg Talla en m IMC Inicio Tratam Fecha Inic Trat

CONFIGURACIÓN DEL CASO

Baciloscopia Fecha de toma Resultado BK Fecha de resultado

Cultivo Fecha de realiz. Resultado cult. Fecha de resultado Result cultivo

Prueba Mol. Nombre Especie

Histopatología Fecha de realiz. Resultado hist. Fecha de resultado

C Clínico Nexa Epide.. Radiológico ADA Tuberculina

Complementarios para: TUBERCULOSIS

PROTOCOLOS DE VIGILANCIA

Malaria

AC. Ofídico

Mortalidad materna

Mortalidad perinatal

Mortalidad por IRA

Mortalidad por eda < de 5 años

Lesiones pólvora

Sifilis

Tifus

Fiebre tifoidea

VIH

Violencia género

Salud mental

Fiebre amarilla

ESI-IRAG

Brotes

Parotiditis

- Ac rabico/rabia

Tétanos accidental

Tétanos neonatal

Tuberculosis

Inmunoprevenibles

Leptospirosis- lepra

Etv (dengue** /malaria/chink/
leishmaniasis)**

Intoxicaciones

ETAS

Hepatitis

Cólera

CA menor 18 años

Morbilidad materna extrema



**APLICATIVO PARA LA CAPTURA DE
LOS CERTIFICADOS DE NACIDO
VIVO Y DE DEFUNCIÓN**

**REGISTRO ÚNICO DE
AFILIADOS AL SISTEMA
/RUAF**

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales a partir de la Implementación del Módulo de Nacimientos y Defunciones del RUAF.

Reducir de manera significativa el tiempo de obtención, análisis y producción estadística de los datos de los hechos vitales de nacimientos y defunciones



NORMATIVIDAD

- ✓ **Ley 9/1979 – Título IX**
- ✓ **Ley 23/1981**
- ✓ **Decreto 1171/1997**
- ✓ **Decreto 1971/1997**

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

HTTP://ND.RUAF.GOV.CO:8074/WEBSITENDE



The screenshot shows the login page of a web application. At the top, there is a header with the text "Ministerio de la Protección Social" and a logo. Below this, there is a large green banner with the text "nacimientos y defunciones" and a logo for "DANE" (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). To the right of the banner, there is a logo for "Agencia de Conectividad". Below the banner, there is a login form with fields for "Usuario:" and "Clave:", a button labeled "ingresar >>", and a link labeled "Olvidé mi clave". At the bottom, there is a footer with the text "Al ingresar a este aplicativo usted esta aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en el." and a logo for "Version 2.0.2".

Ministerio de la
Protección Social

nacimientos y
defunciones

DANE

Agencia de
Conectividad

Usuario: Clave: ingresar >>

[Olvidé mi clave](#)

Al ingresar a este aplicativo usted esta aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en el.

Version 2.0.2

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

NACIDO VIVO

Son **39** preguntas estratificadas de la siguiente forma

- **Datos de Nacimiento : 18**
- **Datos de los Padres del Nacido: 15**
- **Datos de quien certifica el Nacimiento: 6**

DEFUNCIÓN

Son **52** ítems estratificados de la siguiente forma

- **Información general : 24**
- **Defunción de mujeres en edad fértil : 3**
- **Muertes violentas : 3**
- **Causas de defunción para todos los casos : 10**

CONCEPTOS PARA LA CERTIFICACIÓN

Certificación médica de la causa de defunción es el proceso que realiza el personal médico, basado en diferentes fuentes y determina **a su mejor juicio** las patologías o eventos que conllevaron al deceso.

La responsabilidad de certificar la cadena causal que condujo a la muerte del paciente, es responsabilidad exclusiva del personal médico, quien debe consignar la información más cercana a la realidad de las causas que condujeron a la muerte.

PAUTAS PARA UNA CORRECTA CERTIFICACIÓN

- **Ingresar la certificación antes de 24 horas después de ocurrido el hecho vital.**
- Diligenciar todas las variables solicitadas en la certificación.
- Consignar el tiempo transcurrido entre cada una de las patologías que conllevaron a la muerte.
- Emplear letra imprenta, clara y legible, Sin borrones, ni enmendaduras (FORMATO FISICO)
- Utilizar diagnósticos dados por la CIE-10.
- No utilizar causas mal definidas: paro cardiorrespiratorio, síncope, dificultad respiratoria, Falla multisistémica etc.
- Diligenciar por cada renglón una y solo una causa
- No usar siglas, ni abreviaturas

PAUTAS PARA UNA CORRECTA CERTIFICACIÓN

DILIGENCIAR TODOS Y CADA UNO DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LA MANERA MÁS COMPLETA:

Forma correcta

Bronquitis:

Bronquitis Aguda, crónica

**Meningitis:
miliar**

Meningitis Bacteriana, Viral,

Neumonía:

Neumonía Lobar Bacteriana

V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

43. ¿CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE?

- ☐ 1. Necropsia
 ☐ 2. Historia clínica
 ☐ 3. Pruebas de laboratorio
 ☐ 4. Interrogatorio a familiares o testigos

44. ¿RECIBÍ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVÓ A LA MUERTE?

- ☐ 1. Sí
 ☐ 2. No
 ☐ 3. Ignorado

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

(Consigne una causa por línea):

I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.

Causa Directa

a) Debido a:

CAUSAS ANTECEDENTES:

estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental.

Causa Intermedia

b) Debido a:

Causa Intermedia

c) Debido a:

Causa Antecedente Originaria

d)

II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES

que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morboso que la produjo:

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte

Tiempo Unidad de medida
 (minutos, horas, días, semanas, meses, años)

46. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO (ENFERMERO(A), AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROMOTORA DE SALUD))

CAUSA PROBABLE DE MUERTE

V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

43. ¿CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE?

- ☐ 1. Necropsia
 ☐ 2. Historia clínica
 ☐ 3. Pruebas de laboratorio
 ☐ 4. Interrogatorio a familiares o testigos

44. ¿RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVÓ A LA MUERTE?

- ☐ 1. Sí
 ☐ 2. No
 ☐ 3. Ignorado

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

(Consigne una causa por línea):

I. CAUSA DIRECTA: menciono el estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.

a) Debido a:

PARO CARDIO RESPIRATORIO

CAUSAS ANTECEDENTES:

estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en (a), menciono la causa en el último lugar, la causa básica o fundamental.

b) Debido a:

FALLA RENAL AGUDA

c) Debido a:

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COM

d)

DIABETES MELLITUS TIPO 2

II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES

que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morbozo que la produjo:

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte

Tiempo

 Unidad de medida (minutos, horas, días, semanas, meses, años)

☐ 10 MTOS

☐ 15 DIAS

☐ 10 AÑOS

☐ 20 AÑOS

☐

46. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO (ENFERMERO(A), AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROMOTORA DE SALUD))

CAUSA PROBABLE DE MUERTE

GRACIAS

LUZ HELENA CARRASCAL
P.E. Desarrollo Estratégico