 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA	Página 1 de 15
	INT-R02.002.4020-002	Versión Nº 00 Fecha próxima revisión: 25 de Septiembre de 2010
Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades transmisibles (grupo zoonosis) Fecha: 25 de Septiembre 2009	Revisado por: Coordinador grupo de zoonosis Fecha: 25 de Septiembre 2009	Aprobado por: Dr. Víctor Hugo Álvarez Subdirector de Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 25 de Septiembre 2009

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Generar información útil, confiable y oportuna que permita evaluar el comportamiento de la encefalitis equina venezolana (EEV), facilitando la toma de decisiones frente a la prevención y control de este evento en el país.

1.2 Objetivos específicos

- Generar procesos sistemáticos de recolección y captura de datos sobre encefalitis equina venezolana.
- Generar información descriptiva que caracterice el comportamiento y la dinámica del evento en el país.
- Orientar la acción de los responsables en salud pública con el fin de detectar, diagnosticar y tratar oportunamente los casos de EEV.
- Contribuir a la identificación de casos y brotes, y a su investigación para el desarrollo de acciones dirigidas a evitar la aparición de nuevos casos.

2. ALCANCE

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 de encefalitis equina venezolana, en el ámbito nacional, departamental, distrital y municipal, según se requiera.

3. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud a través Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento y de los actores del sistema:

Ministerio de la Protección Social-Centro Nacional de Enlace.

Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública.

Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.

Unidades primarias generadoras de datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

4. DEFINICIONES

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

5. CONDICIONES GENERALES: N/A

6. MATERIALES Y REACTIVOS: N/A

7. EQUIPOS: N/A

8. CONTENIDO

8.1. Importancia del evento

8.1.1. Descripción del evento

La encefalomiелitis equina venezolana (EEV) es una zoonosis viral que afecta al hombre y a los equinos y es transmitida por mosquitos.

En los equinos produce una enfermedad aguda, fulminante, que termina con la muerte o la recuperación sin la presentación de signos encefalíticos, o se presenta como la clásica encefalitis clínica progresiva. En humanos predomina un síndrome parecido a la influenza con fiebre alta y dolor de cabeza frontal, y la muerte puede acaecer en gente joven o muy vieja. Pueden ser infectados una extensa variedad de huéspedes y vectores.

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	<p>El virus de la encefalomiелitis equina venezolana, de genoma ARN, es un alfavirus, antes grupo A de los arbovirus, de la familia Togaviridae; con subtipos enzoóticos y variedades epizooticas del subtipo I.</p> <p>Mediante la técnica de anticuerpos monoclonales contra las glicoproteínas (E1 y E2), de la envoltura externa se lograron identificar 11 cepas del virus en epizooticas o epidémicas y enzoóticas o endémicas, distinción importante desde el punto de vista epidemiológico. Las variantes AB y C del subtipo I (I – AB y IC) son altamente virulentas para los equinos y causa de las epizootias/epidemias.</p>

Aspecto	Descripción
	<p>Las variantes D, E y F del subtipo I (ID, IE y IF), los subtipos II, III, IV, V y VI, comprenden las cepas enzoóticas no patógenas para los equinos.</p>
<p>Modo de transmisión</p>	<p>Los serotipos enzoóticos de la EEV se perpetúan en un ciclo roedor – mosquito. Se piensa que aparecen variedades epizoóticas del subtipo I a partir de virus enzoóticos ID en la región septentrional de América del Sur.</p> <p>Durante los brotes, los serotipos epizoóticos (epidémicos) de la EEV, se transmiten en un ciclo que va de los caballos, los cuales constituyen la fuente principal del virus, a los mosquitos, que su vez infectan a las personas. Estas también muestran una viremia suficiente para actuar como huéspedes en un ciclo de transmisión humano – mosquito – humano.</p> <p>Usualmente los brotes de EEV ocurren en zonas tropicales o subtropicales donde las lluvias son estacionales y favorecen la formación temporal de criaderos de los mosquitos vectores. Se ha aislado virus de encefalitis equina venezolana en mosquitos de los géneros Culex (melanoconium), Aedes, Mansonia, Psorophora, Haemagogus, Sabethes, Deinocerites y Anopheles, jejenes de género Simulium y quizá ceratopogónidos.</p>
<p>Período de incubación</p>	<p>Suele ser de 2 a 6 días, pero se han encontrado casos donde el periodo de incubación dura un día y no excede el día 14.</p>
<p>Período de transmisibilidad</p>	<p>Las personas y los caballos afectados son infectantes para los mosquitos hasta por 72 horas; los mosquitos infectados probablemente transmitirán el virus durante toda su vida.</p>
<p>Susceptibilidad</p>	<p>En zonas de endemidad a menudo se presentan infecciones leves, seguidas de inmunidad. Los niños enfrentan el mayor riesgo de padecer infecciones del sistema nervioso central. En uno de los brotes en Colombia se estimó la incidencia de encefalitis en 4% del las infecciones en niños y 0,4% de los casos de adultos.</p>
<p>Letalidad</p>	<p>La tasa de letalidad es baja y se estima de 0,2 a 1% de los casos clínicos.</p>

8.1.2. Caracterización epidemiológica

También conocida como encefalitis venezolana o “peste loca”, esta enfermedad es causada por el virus de la encefalitis equina venezolana (EEV), que es originario de las Américas y cuya presencia no se ha comprobado por fuera de este continente. Las epizootias/epidemias se han presentado desde Texas, Estados Unidos de América, hasta el sur de Ica, Perú.

En América tropical y subtropical se conocen varios focos naturales de EEV, donde las variantes antigénicas enzoóticas del virus circulan entre vertebrados inferiores y mosquitos. Los focos enzoóticos reconocidos están ubicados en Belem, Brasil; Magangué, Colombia; Sur de La Florida, EEUU; Veracruz, México; Almirante, Panamá; Paramaribo, Surinam; Bush Bush, Trinidad y Tobago, así como en Argentina, Belice, Guatemala y Perú. También se ha comprobado la circulación del virus en la Amazonia peruana, así como en el oeste de los Estados Unidos (virus Tonate, cepa Bijou Bridge), y es muy probable que existan otros focos naturales aun no reconocidos en diferentes regiones tropicales y subtropicales de América.

Las epidemias de EEV suelen ser explosivas, como la que se inició en 1962 en la parte colombiana de La Guajira, de octubre a diciembre de ese año, y que causó 3.000 casos humanos con 20 muertos en Colombia, y en Venezuela, 6.762 casos con 43 muertes. En Ecuador, donde parece haberse iniciado la epizootia/epidemia de 1969, hubo alrededor de 31.000 casos humanos con 310 muertes. En general, las epidemias se caracterizan por una tasa de ataque alta, que puede superar al 10% de la población humana de la región afectada. No hubo actividad epidémica desde 1972 hasta 1977, año en el que se presentaron pequeños brotes en equinos debidos al virus de EEV.

La Organización Panamericana de la Salud (1993), en resumen de la información disponible entre los años 1989 – 1993 en los países, señala claramente que tanto en América Central como en Colombia, México y Venezuela hubo brotes de enfermedad neurológica en equinos compatible con la encefalitis equina.

En 1995, el brote de EEV en Venezuela y Colombia fue el resultado de diferentes factores independientes: 1) vacunación insuficiente de los equinos; 2) falta de vigilancia epidemiológica sostenida; 3) conocimiento limitado de la ecología de la encefalitis equina, y 4) un nivel de actividad viral más alto en las zonas donde la enfermedad ha estado presente desde 1993. En Colombia, el brote apareció en las poblaciones de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia, en el departamento de La Guajira. Se notificaron 14.156 casos sospechosos con 1.258 hospitalizaciones y 26 defunciones.

En varias áreas de Colombia se encontraron animales con signos de encefalitis; tanto estos como algunos contactos dieron títulos altos a la prueba de inhibición de hemoaglutinación.

8.2. Información y configuración del caso

8.2.1. Definición operativa de caso

Tipo de Caso	Características de la clasificación
Caso probable	Paciente con cefalea acompañada de convulsiones o alteración del estado de conciencia, desorientación, somnolencia, letargia, coma, hiperacusia, o signos y síntomas de dos de las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre y cefalea de más de 5 días; • Mialgias, artralgias, náuseas, vómito, anorexia, diarrea, escalofrío, fotofobia, postración y malestar; • Paciente con meningoencefalitis viral, encefalitis viral o encefalitis aséptica en zonas donde haya evidencia de circulación viral en equinos.
Caso confirmado por laboratorio	Todo caso probable de EEV que se ha confirmado por alguno de los criterios de laboratorio.
Caso confirmado por nexa epidemiológico	Todo caso probable de EEV relacionado con un brote, en el que ya se ha confirmado la presencia del virus de la encefalitis equina venezolana (nexa epidemiológico).

8.3. Proceso de vigilancia

Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal o inmediata, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso contenidas en el protocolo. Las siguientes son responsabilidades primarias de estas unidades.

- Aplicar los protocolos nacionales de vigilancia en salud pública.
- Identificar el caso probable o confirmado de acuerdo a los criterios establecidos en el protocolo.
- Recolectar las variables mínimas en relación con el caso.
- Transferir los datos básicos al municipio en los plazos y formatos definidos y en ausencia de eventos, realizar la notificación negativa en los mismos plazos y formatos.
- Solicitar las pruebas de laboratorio requeridas para el diagnóstico si es necesario.
- Analizar la información clínica y epidemiológica obtenida en su interacción con el paciente en función de orientar la intervención sobre el individuo tanto desde la perspectiva terapéutica como en lo referido a la prevención primaria.

- Participar en la adaptación de las propuestas de control y prevención planteadas para los eventos que así lo requieran, de acuerdo con las posibilidades institucionales de intervención.
- Contribuir en el proceso de información y educación a la población usuaria sobre la situación de los eventos y las medidas individuales de control y prevención en los casos en que sea necesario.

En este proceso, la comunidad, de acuerdo con sus posibilidades, podrá informar al municipio/localidad o a las unidades primarias generadoras de datos sobre la presencia de casos probables de alguno de los eventos incluidos.

Las unidades notificadoras municipales y distritales, una vez consolidada y analizada la información para el desarrollo de las acciones respectivas, remitirán semanalmente la información de sus unidades primarias a la unidad notificadora departamental correspondiente, para que ésta a su vez adelante el análisis respectivo y desarrolle las acciones complementarias requeridas. Las siguientes son las responsabilidades de estas unidades.

Diseñar los mecanismos de información de la población usuaria sobre la situación de los eventos y las estrategias de control y prevención de su competencia.

Realizar la investigación de campo en los casos probables y enviar los informes de lo encontrado a los 15, 30 y 60 días.

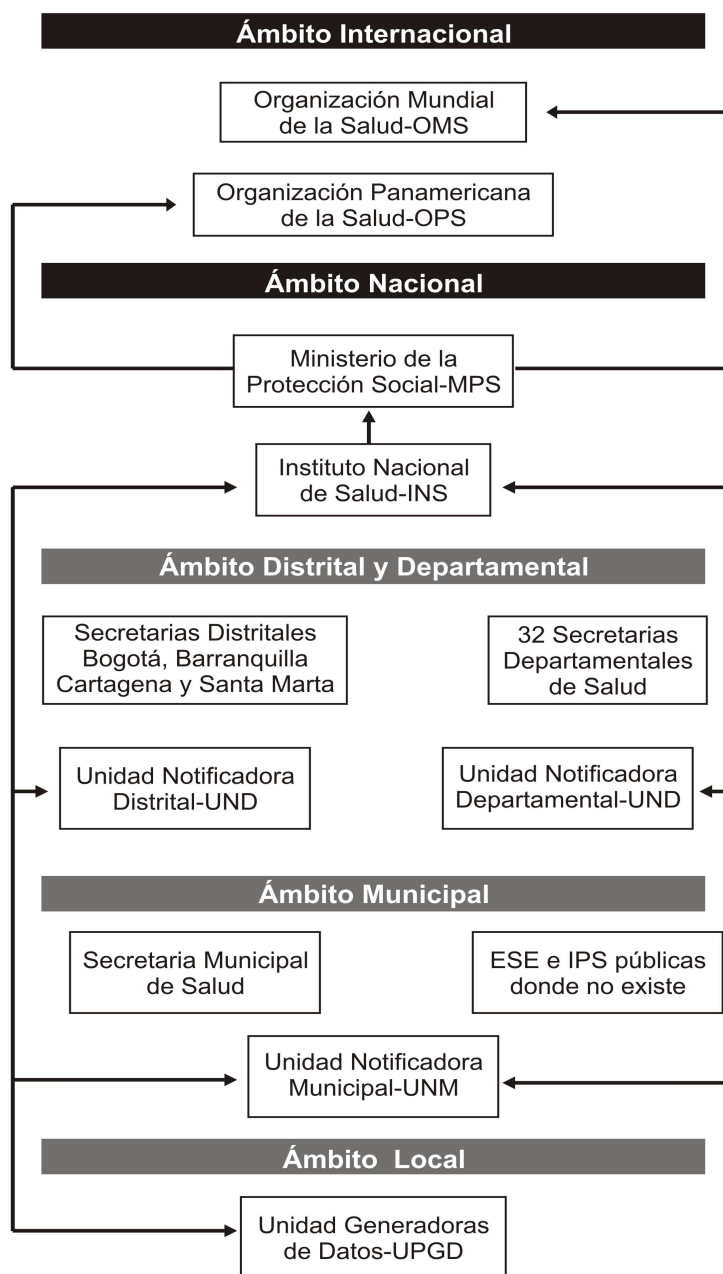
La notificación de los departamentos y distritos a la nación (Instituto Nacional de Salud) se hará teniendo en cuenta los siguientes criterios.

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

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

8.3.1. Flujo de la información

De acuerdo a lo anterior, la información deberá fluir de forma oportuna y constante entre las dependencias de salud pública existentes en cada entidad territorial y la red de laboratorios del país. Ver flujograma:



8.3.2. Notificación

Notificación	Responsabilidad
Notificación inmediata	<p>El reporte de los casos probables de encefalitis equina venezolana deberá hacerse de manera inmediata por cualquier medio de comunicación (telefónico, FAX., Internet, etc.) de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a las unidades notificadoras (UNM) municipales y distritales, de las UNM al departamento y de éste al Instituto Nacional de Salud, con el fin de coordinar y orientar las acciones de control inmediatas.</p> <p>A escala operativa, todos los casos de sospecha de EEV en humanos atendidos en las IPS se deben notificar de inmediato al funcionario de zoonosis responsable de la zona y a funcionarios del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), a las unidades municipales de asistencia técnica agropecuaria (UMATA) o a la secretaría de agricultura, quienes verificarán el caso, el control del foco y notificarán de inmediato a las oficinas de zoonosis y epidemiología del departamento. En todos los ámbitos, las oficinas de zoonosis y epidemiología deben verificar los casos para la notificación semanal al ente correspondiente.</p>
Notificación semanal	<p>La notificación de los casos confirmados de encefalitis equina venezolana deben hacerla semanalmente las UPGD a las unidades notificadoras, éstas al departamento a través del Sivigila y éste al Instituto Nacional de Salud, según lineamientos establecidos por el MPS y el INS.</p>
Ajustes por periodos epidemiológicos	<p>Los ajustes a la información se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso.</p>

8.4. Análisis de los datos

Para el análisis de la situación epidemiológica se debe tener en cuenta la notificación de casos febriles atendidos en los servicios de salud y la notificación de casos probables y/o confirmados de EEV, las muertes en humanos de acuerdo a las definiciones operativas de caso, algunos datos ambientales de interés en términos vectoriales y el reporte de notificación de casos y muertes en équidos por localidad. Es importante tener en cuenta que se considera como brote animal la presencia de dos o más casos en un predio o localidad cuando el intervalo del inicio de síntomas entre uno y otro no sea mayor de 3 a 5 días.

La incidencia general y la tasa de ataque son medidas útiles para establecer la magnitud del evento y necesarias para hacer seguimiento de la situación en caso de brote. Indicadores como letalidad y mortalidad permiten evaluar la gravedad de la enfermedad. La distribución de los casos por sexo y edad y en el tiempo permite identificar la presencia de una situación de brote e identificar grupos de población con mayor riesgo de contraer la enfermedad, lo cual hace posible focalizar las acciones de protección y control.

El análisis de la información entomológica es necesario para orientar las acciones de control integrado y selectivo de vectores; es preciso tener clara la distribución, los tipos de criaderos y relacionar dicha información con los casos y los lugares de procedencia para así priorizar las áreas para las intervenciones.

8.4.1. Indicadores

Ver anexo indicadores MNL-R02.001.4010-003.

8.5. Orientación de la acción

8.5.1. Acciones Individuales

La atención médica de los casos debe responder al cuadro clínico. Es adecuado hospitalizar las personas con síntomas y signos neurológicos. Los pacientes deben permanecer bajo toldillo o en cuartos tratados con insecticidas de acción residual durante los primeros cinco días después del inicio de la enfermedad o hasta que desaparezca la fiebre, teniendo precaución con la sangre y los líquidos corporales.

El tratamiento es sintomático. La aplicación de vacuna a seres humanos se reserva para casos altamente expuestos y la vacunación equina protege indirectamente a las personas.

8.5.2. Acciones Colectivas

Las direcciones departamentales de salud deben tomar las siguientes medidas cuando enfrenten situaciones de alerta en relación con la enfermedad:

Reunir al consejo departamental de zoonosis para analizar las coberturas acumuladas de vacunación en équidos en las áreas a riesgo, intensificar la vigilancia epidemiológica, revisar la situación entomológica y las actividades de información y educación a la comunidad.

Coordinar con los COVE departamentales y municipales la vigilancia, afinar los mecanismos de información con el sector agricultura (ICA, UMATA, secretarías de agricultura).

Coordinar con la repartición encargada del control vectorial la vigilancia entomológica y el diseño y desarrollo de la estrategia de control selectivo.

Revisar la clasificación de áreas en riesgo.

Incentivar la notificación tanto de casos humanos como animales a las entidades pertinentes, manteniendo debidamente informados tanto al sector salud como al de agricultura.

Formar un grupo de respuesta inmediata entre los sectores salud y agricultura que pueda actuar coordinadamente ante una situación de brote.

Dar asistencia técnica a los municipios en riesgo y monitorizar permanentemente el comportamiento del evento.

Inmunización de equinos

En zonas expuestas al riesgo de epizootias/ epidemias, la medida más práctica y eficaz en el nivel nacional es la vacunación sistemática de los equinos. Con esta medida se logra eliminar el ciclo epizootico/epidémico, la principal fuente del virus para los mosquitos, y se previenen las epizootias y las subsiguientes epidemias. Actualmente se dispone de la vacuna viva atenuada TC-83. La responsabilidad de estas actividades de prevención corresponde a los sectores salud y agricultura.

Control selectivo del vector

Ante la presencia de brotes o ante la configuración de un escenario endémico de la enfermedad, es obligatorio implementar mecanismos para el control de insectos vectores implicados en la transmisión.

El control de vectores es una responsabilidad conjunta de la administración pública y la comunidad y será coordinado por el sector salud. En este proceso es necesario tener presente

las siguientes consideraciones.

Sólo en condiciones de emergencia y cuando la densidad de adultos es muy alta es útil hacer control químico de criaderos. Esta medida es muy costosa, pero en las condiciones descritas resulta altamente efectiva.

Cuando los criaderos son muy grandes y poco delimitados es difícil hacer control larvario, por lo tanto, se recomienda hacer control químico de adultos en condiciones de brote.

Cuando los criaderos son pequeños o delimitados las estrategias de control físico y biológico son útiles y deberán realizarse precozmente.

Información y educación a la comunidad con estrategias masivas e individualizadas sobre la enfermedad y las formas de protección personal tales como uso de toldillos, ropa protectora, protección de las ventanas y puertas con mallas mosquitero y uso de repelentes de insectos.

Cuando se cuenta con un buen análisis de la información vectorial es posible informar a la comunidad sobre las necesidades de protección para la circulación en zonas de alto riesgo de transmisión.

Medidas en caso de epidemias

- Precisar la extensión de las zonas infectadas; inmunizar a los equinos y limitar su desplazamiento desde la zona afectada.
- Aplicar repelentes aprobados contra mosquitos en caso de exposición.
- Realizar encuestas en la comunidad para determinar la densidad en las poblaciones de mosquitos vectores, sus criaderos y las medidas eficaces de control.
- Identificar a los caballos infectados, evitar que los mosquitos los piquen e intensificar las medidas de control de mosquitos en la zona afectada.

8.5.3. Acciones de laboratorio

Siguiendo las recomendaciones de la OPS, el diagnóstico de la EEV en el hombre se basa en el aislamiento viral y en las pruebas serológicas. El virus se aísla en sangre, tejidos o líquido cefalorraquídeo. Se recomienda tomar las muestras para el aislamiento entre uno y seis días después del inicio de las manifestaciones clínicas. Este procedimiento se realiza en el Laboratorio de Referencia Nacional del Instituto Nacional de Salud y en el Laboratorio del Instituto Colombiano Agropecuario, CEISA, donde también se realizan los estudios en équidos.

El diagnóstico serológico en humanos se realiza a través de la detección de anticuerpos neutralizantes y de inhibición de la hemoaglutinación, los cuales aparecen después de la primera semana de la enfermedad. También se utilizan para la detección de los anticuerpos por inmunofluorescencia indirecta.

Los sueros deben ser remitidos a los laboratorios de referencia a nivel departamental y nacional.

El enzimo-inmuno análisis (EIA) para la detección de anticuerpos específicos de IgM en el suero o LCR es el método más específico para la confirmación de los casos además del aislamiento viral.

Las muestras para diagnóstico son sangre completa, suero, líquido cefalorraquídeo (LCR), tejido nervioso y/o linfóide. Las muestras deben ser enviadas a 4° C en las primeras 24 horas de la toma; si esto no es posible, es aconsejable almacenarlas a -20° C y enviarlas a esta temperatura al centro de diagnóstico.

Las muestras humanas deben estar acompañadas de historia clínica del o los pacientes indicando nombre, edad, localidad, fecha de toma de muestra, fecha de inicio de síntomas, sintomatología y datos del remitente (nombre, dirección, teléfono, fax).

Las muestras animales deben ser remitidas anexando el respectivo formato del ICA sin olvidar reportar la historia de vacunación del animal y la presencia de síntomas sugestivos. Es preciso tener presente que ante la presencia de brotes en animales se deben tomar muestras de animales enfermos y de animales recuperados y sanos de la misma área.

Protocolo de envío de muestras

Aislamiento viral

Suero humano y/o equino

Las muestras de suero deben ser separadas en viales debidamente marcados con nombre de paciente y fecha de toma de muestra. Las muestras deben enviarse refrigeradas con piletas y en recipientes adecuados (empaquete primario, pueden ser recipientes de vidrio grueso o plástico; y secundario, como un recipiente plástico o de cartón) si es seguro que lleguen al INS dentro de las 24 horas después de tomada la muestra, bien rotuladas y con los formatos correspondientes. En caso de no poder enviarlas en el tiempo mencionado, se recomienda congelarlas a -20° C y enviarlas a esta temperatura tan pronto como sea posible.

Tejidos

Las muestras de tejidos para aislamiento viral deben ser remitidas congeladas, en recipientes de vidrio o plástico correctamente identificados que reúnan los requisitos mínimos de bioseguridad

(empaquete primario y secundario). Es indispensable acompañar las muestras con historia clínica debidamente diligenciada (nombre, procedencia, destino, remitente).

Determinación de anticuerpos

Las muestras de suero humano y/o equino con destino a estudio de anticuerpos tipo IgM deben ser tomadas 3 a 15 días después del inicio de síntomas y remitidas a 4° C y debidamente rotuladas al Laboratorio de Virología del INS.

Las muestras para determinación de IgG, deben ser tomadas 15 días después del inicio de síntomas y enviadas a 4° C, acompañadas de historia clínica completa (nombre, procedencia, destino, remitente).

Estudio histopatológico

Las muestras para patología deben ser empacadas en recipientes adecuados y con los requerimientos mínimos de bioseguridad (empaquete primario y secundario), debidamente rotuladas y marcadas con los datos del paciente, destinatario y remitente.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACHA N., Pedro; SZYFRES, Boris. Zoonosis y Enfermedades Transmisibles comunes al hombre y a los animales. Publicación científica y técnica No 850. Volumen II. Washington, Estados Unidos. OPS, 2003. P 94 – 103.
2. ATKINSON, William et al, Editors. Epidemiology and Prevention of Vaccine -Preventable Diseases. Centers for Disease Control and Prevention.4th Edition, 1997; 43 p.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. MMWR 1997; 46 (No.RR-10):12.
4. CHIN, J. El control de las enfermedades transmisibles. OPS, Publicación Científica No. 581. 2001.
5. DAVID, Heymann, Editor. El control de las enfermedades transmisibles. Publicación científica y técnica No 613. OPS. Washington, Estados Unidos. OPS, 2005. P 204 – 206.
6. FAUCY, A. Harrison, Principios de Medicina Interna. Decimocuarta edición, Volumen McGraw - Hill Interamericana. Madrid (E), 1998.
7. KENNETH, Todar. University of Wisconsin Department of Bacteriology. Bacteriology 330 Lecture Topics: Diphtheria. 1997. En: <http://www.bact.wisc.edu/bact330>.

8. OPS/OMS. Benenson, A., Editor. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Publicación Científica 564, 2001; 90-91.

9. VELEZ H., ROJAS W., BORRERO J., RESTREPO J. Fundamentos de Medicina, Enfermedades Infecciosas. Corporación para Investigaciones Biológicas. Cuarta Edición. 1991.

10. CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DEL REGISTRO									
IDENTIFICACION		1ra. FASE: ARCHIVO DE GESTION				2da. FASE DISPOSICION INICIAL			3ra.FASE DISPOSICION FINAL
COD	NOMBRE	ORDENACION DOCUMENTAL	RESPONSABLE	LUGAR	TIEMPO DE RETENCION	METODO USADO	RESPONSABLE	TIEMPO	METODO UTILIZADO
REG-R02.001.4010-001	Ficha de notificación Datos básicos	Orden cronológico y temático	Auxiliar Servicios Grales	Archivo SVCSP	3 años	Orden cronológico y temático	Auxiliar administrativo	15 años	Eliminación

11. CONTROL DE REVISIONES

VERSION	FECHA APROBACION AA MM DD			RESPONSABLE APROBACION	MOTIVO DE CREACION O CAMBIO
00	09	07	01		

12. ANEXOS

12.1. Anexo1. Ficha única de notificación de encefalitis equina venezolana

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA											
Subsistema de Información SIVIGILA											
Ficha de Notificación											
Datos básicos											
1. INFORMACIÓN GENERAL										REG-R02.001.4010-001 V.00 AÑO 2010	
1.1. Nombre del evento										1.2. Fecha de notificación	
										Código Día Mes Año	
1.3. Semana* 1.4. Año:			1.5. Departamento que notifica				1.6. Municipio que notifica				
* Epidemiológica Año											
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato						1.8 Código de la UPGD			1.9. Nit UPGD		
						Depto. Municipio Código Sub.					
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE											
2.1. Primer nombre				2.2. Segundo nombre				2.3. Primer apellido			
2.4. Segundo apellido				2.5 Teléfono				2.6 Fecha de nacimiento			
								Día Mes Año			
2.7. Tipo de documento de identificación											
<input type="checkbox"/> RC (1) Registro <input type="checkbox"/> TI (2) T. de ID. <input type="checkbox"/> CC (3) C.C. <input type="checkbox"/> CE (4) C. extranjera <input type="checkbox"/> PA (5) Pasaporte <input type="checkbox"/> MS (6) Menor sin ID. <input type="checkbox"/> AS (7) Adulto sin ID.											
2.8. Número de identificación											
2.9. Edad		2.10. Unidad de medida de la edad			2.11. Sexo		2.12. País de ocurrencia del caso				
Años Meses Días Horas Minutos		(1) Mes. (2) Fem.			M F						
2.13. Departamento/municipio de ocurrencia del caso				2.14. Área de ocurrencia del caso			2.14.1. Cabeecera mpaal/Centro poblado/Rural disperso			2.15. Barrio de ocurrencia	
Depto. Municipio				1 Cabeecera municipal 2 Centro poblado 3 Rural disperso							
2.15.2. Localidad			2.16. Dirección de residencia			2.17. Ocupación del paciente			2.18. Tipo de régimen en salud		
						Código			1 Contactivo 2 Substancial 3 Ocupación 4 Especial 5 No afiliado		
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud						2.20. Pertenencia étnica					
						1 Indígena 2 RCM 3 Raizal 4 Palenquero 5 Afro colombiano 6 Otros					
2.21. Grupo poblacional											
<input type="checkbox"/> 9 Desplazados <input type="checkbox"/> 13 Migratorios <input type="checkbox"/> 14 Carcelarios <input type="checkbox"/> 5 Otros grupos poblacionales											
3. NOTIFICACIÓN											
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente						3.2. Fecha de consulta			3.3. Inicio de síntomas		
Depto. Municipio						Día Mes Año			Día Mes Año		
3.4. Clasificación inicial de caso						3.5. Hospitalizado			3.6. Fecha de hospitalización		
1 Sospechoso 2 Probable 3 Conf. por laboratorio 4 Conf. clínica 5 Conf. caso epidemiológico						1 Si 2 No			Día Mes Año		
3.7. Condición final			3.8. Fecha de defunción			3.9. No. certificado defunción			3.10. Causa básica de muerte		
1 Vivo 2 Muerto			Día Mes Año						CIE 10		
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha						3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha					
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES											
4.1. Seguimiento y clasificación final del caso									4.2. Fecha de ajuste		
<input type="checkbox"/> 0 No aplica <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. caso epidemiológico <input type="checkbox"/> 6 Descartado <input type="checkbox"/> 7 Otra actualización									Día Mes Año		