



NOTIFICACIÓN MENSUAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
 CODIGO: R. A. SALUD INE – 302 b (01/2021)

Mes N°



SEDES: _____
 Establecimiento: _____

Red de Salud: _____ Municipio: _____
 Año: _____ Subsector: A B C D E F

Los datos siguientes deben ser consolidados mensualmente por la enfermera o el médico y certificados por el Médico Director

REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES																				
Factores de Riesgo	Menor de 6 meses		6 meses a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
	1. Sedarismo																			
2. Sobrepeso																				
3. Hábito de Fumar																				
4. Abuso de Alcohol																				

REGISTRO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION MENSUAL																					
ENFERMEDADES	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N
5. Diabetes Tipo 1																					
6. Diabetes Tipo 2																					
7. Diabetes Gestacional																					
8. Obesidad																					
9. Artritis reumatoidea																					
10. Hipertension Arterial																					
11. Infarto Agudo de Miocardio																					
12. Insuficiencia Cardiaca																					
13. Cancer de cervico uterino																					
14. Cancer de mama																					
15. Cancer de prostata																					
16. Leucemias																					
17. Cancer en sus distintas formas																					
18. Asma																					
19. Enfermedad Pulmonar Obstrucciona Cronica (EPOC)																					
20. Hipotiroidismo congenito																					
21. Enfermedad Renal																					
22. Enfermedad Renal Estadio 3																					
23. Enfermedad Renal Estadio 4																					
24. Enfermedad Renal Estadio 5																					

REGISTRO DE TRANSTORNOS DE SALUD MENTAL																					
TRANSTORNOS	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N
25. Episodios depresivos																					
26. Episodios de ansiedad																					
27. Episodios psicoticos/esquizofrenia																					
28. Epilepsia (convulsiones/ataques)																					
29. Transtornos de comportamiento por consumo de sustancias psicotropicias																					
30. Transtornos de conducta																					

REGISTRO DE TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS																					
TRANSTORNOS	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N
31. Alzheimer																					
32. Parkinson																					

REGISTRO DE MORTALIDAD DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES																					
MORTALIDAD	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N
33. Diabetes																					
34. Infarto Agudo de Miocardio																					
35. Otras Enfermedades Cardiovasculares																					
36. Enfermedad Respiratoria Cronica																					
37. Cancer de cervico uterino																					
38. Cancer de mama																					
39. Cancer de prostata																					
40. Leucemias																					
41. Cancer en sus distintas formas																					
42. Accidente Cerebrovascular																					

CLASIFICACIÓN	ESTADO NUTRICIONAL								ESTADO NUTRICIONAL (Talla para la edad)												
	Peso para la Talla (P/T)				IMC				Talla para la Edad (T/E)				Talla para la Edad (T/E)								
	Menor de 1 año		1 a menor de 2 años		2 a menor de 5 años		Embarazada		Menor de 1 año		1 a menor de 2 años		2 a menor de 5 años		Talla para la Edad (T/E)						
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	< 20 años	20 años y +	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino					
43. Obesidad (O)																					
44. Sobrepeso (S)																					
45. Nutrición normal (N)																					
46. Desnutrición moderada (M)																					
47. Desnutrición grave (G)																					
48. Embarazada Desnutrida																					

DECLARACIÓN JURADA

Yo: _____
 Nombre y Apellidos
 Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

.....
 Lugar y Fecha: _____ Firma

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

ASPECTOS LEGALES: Este formulario tiene el carácter de declaración jurada que realiza el equipo del establecimiento de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por esta razón debe ser **CERTIFICADA** por el Médico Director del Establecimiento.

ASPECTOS GENERALES: Para el llenado debe tomarse en cuenta lo siguiente:

Se debe utilizar 1 formulario por **MES**.

Completar datos relacionados al establecimiento y la fecha. La categoría Subsector, son: A. Público; B. Seguridad social; C. ONGs; D. Iglesias; E. Privado; F. Fuerzas Armadas.

El bloque: **REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**, es una alerta al personal para el inicio de acciones de control y actuación inmediata:

Todo factor de riesgo **debe ser registrado en la historia clínica y cuaderno de consulta** respectiva.

Inmediatamente se debe realizar la notificación al nivel superior (**Coordinación de Red**). Todos los establecimientos deben llenar el **FORMULARIO DE VIGILANCIA (REGISTRO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES)** y solicitar comunicación **URGENTE** con la **Coordinación de Red y el SEDES**, y solicitar apoyo para realizar la investigación y control de la referencia del caso reportado si esta hubiera sido derivado a un centro de tercer nivel de atención y contra referido a uno de primer nivel.

La notificación **MENSUAL es responsabilidad del auxiliar de enfermería en los Puestos de Salud y del médico en los Centros de Salud**, en los Hospitales de II y III nivel el **médico tratante** debe comunicar al **estadístico** del establecimiento, para la notificación a la **Coordinación de Red** correspondiente y/o al SEDES.

Los responsables de la atención deben **VERIFICAR SI ES UN CASO NUEVO (N) O ANTIGUO (R)** y llenar en el **bloque que corresponda**, para la investigación y el análisis conjunto con la Coordinación de Red o SEDES.

El registro se realiza en el mes correspondiente y **debe incluir todos los casos notificados** (Del establecimiento a la Coordinación y/o SEDES).

El bloque de enfermedades no transmisibles y mortalidad, **se llena MENSUALMENTE a partir de los cuadernos de sistematización**, se anota el total en la casilla del grupo correspondiente.

LLENADO DEL FORMULARIO

A. IDENTIFICACIÓN 1. Identificar el SEDES, Red de Salud, Municipio, Establecimiento de Salud, Año y Subsector.

B. REGISTRO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. Se encuentra un listado de **4 FACTORES DE RIESGO Y 17 PATOLOGÍAS** o eventos que deben ser reportados, teniendo cuidado en determinar si se trata de **UN CASO NUEVO (N)** (Diagnostico, atendido y tratado por primera vez) **O CASO ANTIGUO (R)**

(Diagnostico, atendido y tratado anteriormente en otro centro de salud)

FACTORES DE RIESGO: se llena a partir de historia clínica. **SOLO ANOTAR LOS CASOS NUEVOS. Considerar los siguientes criterios**

SEDENTARISMO	SOBREPESO	HABITO DE FUMAR	ABUSO DE ALCOHOL
Persona que realiza menos de 30 minutos diarios de ejercicio, 3 veces por semana.	IMC entre 25 y 29.9 Kg/m ²	Consumo de 1 cigarrillo diario	Ingerir 100 ml de bebida alcohólica (equivalente a 1/2 vasos) de forma diaria.

La sospecha diagnóstica se realiza en base a la definición de caso sospechoso establecida por el programa correspondiente. **TOMAR EN CUENTA EL CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS PARA EL REPORTE DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.**

DIABETES TIPO 1	DIABETES TIPO 2	DIABETES GESTACIONAL	ARTRITIS REUMATOIDEA
Presente con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. Insulinodependiente Glicemia en ayunas ≥ 126 mg/dl en dos ocasiones Glicemia sin ayunar ≥ 200 mg/dl en dos ocasiones Hb A1c $\geq 6.5\%$ Prueba de tolerancia a la glucosa que reporte glicemia ≥ 200 mg/dl	Presente con mayor frecuencia adultos mayores No insulinodependiente Glicemia en ayunas ≥ 126 mg/dl en dos ocasiones Glicemia sin ayunar ≥ 200 mg/dl en dos ocasiones Hb A1c $\geq 6.5\%$ Prueba de tolerancia a la glucosa que reporte glicemia ≥ 200 mg/dl	Presencia de glucemia alta que empieza o se diagnostica primero durante el embarazo. Glicemia en ayunas ≥ 105 mg/dl en dos ocasiones Prueba de tolerancia a la glucosa que reporte glicemia ≥ 140 mg/dl	Articulaciones de ambos lados del cuerpo afectadas de forma simétrica Rigidez matutina que dura más de una hora. Articulaciones pierden su rango de movimiento y se vuelven deformes.
OBESIDAD	HIPERTENSION ARTERIAL	ASMA	EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA)
IMC ≥ 30 Kg/m ² Circunferencia de cintura en mujeres ≥ 88 cm Circunferencia de cintura en hombre ≥ 102 cm Colesterol ≥ 200 mg/dl LDL - colesterol ≥ 100 mg/dl Triglicéridos < 150 mg/dl HDL ≥ 40 en hombre y ≥ 50 en mujeres	Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg Presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg	Tos seca que puede progresar a productiva (tos con flemas). Sibilancias. Dificultad respiratoria progresiva. Tos persistente durante la noche, que aparece durante o al final del ejercicio, deporte o un esfuerzo. Presentación estacional	Antecedentes de Tuberculosis, hábito de fumar Tos crónica Expectoración predominantemente matinal Disnea (sensación de falta de aire) Cianosis
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	INSUFICIENCIA CARDIACA	HIPOTIROIDISMO CONGENITO	
Opresión, sensación de plenitud o dolor difuso que dura más de unos minutos o de forma intermitente. Dolor que se expande a los hombros brazos, cuello, espalda o abdomen Sensación de mareo. Desmayo, sudoración fría, náuseas dificultad respiratoria. Angustia que llega a sensación de muerte	Disnea (sensación de falta de aire), en casos severos incluso en reposo. Ortopnea (sensación de falta de aire en las noches, que obliga a dormir al paciente en posición de sentado) Edema en miembros inferiores que suele cubrir hasta abdomen Taquicardia, que llega incluso a arritmia cardíaca (aumento de la frecuencia cardíaca) Ingurgitación yugular. - Soplo cardíaco - Hepatomegalia -Derrame pleural	Prueba de talón de pie.	

CLASIFICACION DE LA FUNCION RENAL POR ESTADIOS			
ENFERMEDAD RENAL: Estadio 1 y 2: Paciente con daño renal con filtrado glomerular (FG) < 90 a 60 , debe hacerse prevención y control de la enfermedad de base			
ESTADIO ERC	Descripción	FG ml/min/1.73m ²	Ecuación de Cockcroft-Gault (estima clearance)
3	Leve, Moderada a Severamente disminuido con FG.	30 - 59	$Cl Cr \text{ (hombre) en ml/min} = \frac{(140 - edad) \times peso}{(72 \times Crs)}$ $Cl Cr \text{ (mujer) en ml/min} = \frac{(140 - edad) \times peso}{(72 \times Crs)} \times 0.85$
4	Severa FG	15 - 29	
5	Falla Renal	< 15 o diálisis	

En la variable CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, PROSTATA, LEUCEMIA Y CANCER EN SUS DISTINTAS FORMAS REGISTRAR EL NUMERO DE CASOS NUEVOS. TRANSTORNOS DE SALUD MENTAL

EPISODIOS DEPRESIVOS	EPISODIOS DE ANSIEDAD	EPISODIOS PSICOTICOS/ESQUIZOFRENIA
Poca energía, fatiga, problemas de sueño o apetito Estado de ánimo triste en forma persistente, decaimiento Falta de interés en actividades que solían ser interesantes o placenteras Múltiples síntomas sin causa física definida (por ejemplo, dolores y malestares, palpitaciones, aletargamiento) Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual.	Angustia, tensión nerviosa, problemas de sueño o apetito Estado de ánimo ansioso en forma persistente, irritabilidad Excesiva preocupación para realizar ciertas actividades a nivel familiar, académico o laboral Múltiples síntomas sin causa física definida (por ejemplo, dolores y malestares, palpitaciones, aletargamiento)	Conducta anormal o desorganizada (por ejemplo, lenguaje incoherente o sin sentido, apariencia inusual, apariencia descuidada). Ideas delirantes (una creencia falsa sostenida con firmeza o sospechas injustificadas) Alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen) Descuido de las responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, la escuela, actividades domésticas o sociales Síntomas maniacos (varios días de estar anormalmente contento, con demasiada energía, hablando en exceso, muy irritable, con falta de sueño, con comportamiento temerario)
EPILEPSIA	TRASTORNOS DE CONDUCTA	TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPIACAS
Movimientos o ataques / crisis convulsivas En la convulsión: pérdida o alteración de la conciencia, rigidez, entumecimiento, mordedura de lengua, lesiones físicas, incontinencia urinaria o intestinal. Después de la convulsión: fatiga, adormecimiento, somnolencia, confusión, conducta anormal, dolor de cabeza, dolores musculares o debilidad en un lado del cuerpo	Falta de atención y / o distracción excesiva, suspende las tareas repetitivamente antes de terminarla y cambia a otras actividades Actividad excesiva, andar de un lado a otro, dificultad extrema para permanecer sentado, hablar en exceso o inquietud desmedida Impulsividad excesiva: con frecuencia hace cosas sin previsión o cautela Conducta repetida y continua que molesta a otros (por ejemplo, rabietas generalmente frecuentes y graves, conducta cruel,	Parece estar bajo la influencia del alcohol (por ejemplo, olor a alcohol, parece estar ebrio, con resaca) Se presenta con una lesión física Síntomas asociados con el consumo de alcohol (por ejemplo, insomnio, fatiga, anorexia, náuseas, vómito, indigestión, diarrea, dolores de cabeza) Parece estar afectado por las drogas (por ejemplo, falta de energía, agitación, inquietud, lenguaje mal articulado) Señales de consumo de drogas (marcas de inyección, infecciones cutáneas, apariencia descuidada) Solicita prescripciones para medicamentos sedantes (pastillas para dormir, opioides) Dificultades financieras o problemas legales relacionados con delitos Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales

ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

PARKINSON	ALZHEIMER
Enlentecimiento de los movimientos (Bradicinesia) Aumento del tono muscular con reflejos tendinosos aumentados (rigidez muscular) Temblor en el reposo muscular e inestabilidad postural, marcha a pasos cortos.	Olvidar información recién aprendida u inestabilidad al realizar actividades cotidianas (pérdida de memoria), Afasia (Trastorno en la función del lenguaje: anomia), Agnosia (Trastorno del reconocimiento de caras, calles, etc.), Apraxia (Trastorno en la actividad motora secuencial ejemplo servirse un café). Disturbio de la función ejecutiva.

ESTADO NUTRICIONAL: Se llena a partir del cuaderno correspondiente, de acuerdo al sexo y grupo etario, en las variable Peso para la Talla (P/T) y Talla para la Edad (T/E) en niñas (os) menores de 5 años se registrarán solo los casos nuevos. En el estado nutricional de la mujer embarazada, se registrarán solo los casos nuevos de acuerdo al grupo etario, IMC y Tabla de Atalah.

C. MORTALIDAD: Se considera **MORTALIDAD DENTRO DEL SERVICIO (INSTITUCIONAL)**, todo fallecimiento ocurrido en el establecimiento, tanto antes como después de las 48 horas de haber ingresado (en caso de referencia si el paciente fallece en la ambulancia, la muerte se registra en el establecimiento que realizó la referencia). Se llena a partir del cuaderno de internaciones, cuaderno de emergencias, cuaderno de prenatal, parto y puerperio y del certificado médico único de defunción.

CERTIFICADO DE DECLARACION JURADA. Debe ser llenado y firmado por el Médico Director.

Esta información será verificada continuamente, su veracidad y oportunidad en la entrega es responsabilidad del Director del Establecimiento.