



INFORMACION DE INTERES SOBRE ATENCION DE ALERTAS PARA LA RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

SERVICIO DE VIGILANCIA Y SALUD LABORAL
Actualizado a diciembre 2019

INDICE

INTRODUCCION.....	3
RED DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS.	5
NORMATIVA AUTONOMICA	7
CIRCUITO DE ACTUACION ANTE UNA ALERTA EPIDEMIOLOGICA.	8
Niveles.....	8
Detección de la alerta epidemiológica. Circuito de información.....	8
INVESTIGACION E INTERVENCION ANTE LA ALERTA	10
Ámbito de la Alerta y responsabilidad	10
Funciones básicas de la Red de Vigilancia Epidemiológica ante una Alerta	10
Características de la intervención ante la alerta según el nivel implicado.....	11
Finalización de la alerta.....	13
Principales problemas que pueden presentarse ante una alerta epidemiológica.....	13
INFORMACION SOBRE ATENCIÓN CONTINUADA DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS. Perfil de Epidemiología	14
ANEXOS.....	17
ANEXO 1: ALERTAS POR CASO DE ENFERMEDAD DE DECLARACION URGENTE.....	18
ANEXO 2. CRITERIOS DE PLAZO Y DE REALIZACIÓN DE INFORMES FINALES Y PROVISIONALES DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS. SESL (Revisado en mayo 2016).....	19
ANEXO 3. INFORME TÉCNICO FINAL ANTE UNA ALERTA	22
ANEXO 4: Tipos de alertas epidemiológicas por brote o clúster en 2018 y periodo 2013–2018.....	27
ANEXO 5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE ALERTAS	28
ANEXO 6. CARACTERIZACIÓN DE ALGUNAS ALERTAS SEGÚN CAUSA.	29
ANEXO 7. DATOS BÁSICOS A RECOGER EN LA INVESTIGACIÓN DE LA ALERTA. CUESTIONES A TENER EN CUENTA.	31
ANEXO 8. INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS ESPECIFICOS PARA ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS, EN CASO NECESARIO.....	34
ANEXO 9: FOLLETO SOBRE ATENCION CONTINUADA A LAS ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS PARA LAS CONSULTAS	36
ANEXO 10. COORDINACION EPES - RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA CANALIZACION DE LLAMADAS POR ALERTAS EN SALUD PUBLICA FUERA DEL HORARIO LABORAL	37
MODELO PARA EPES DE FICHA DE RECOGIDA INICIAL DE DATOS DE UNA ALERTA EN SP.....	40

INTRODUCCION

Se produjo hace tiempo la transición de una vigilancia epidemiológica tradicional, basada en un sistema de declaración fundamentalmente pasivo hacia un sistema de declaración activo por parte de sus componentes, jerarquizado y organizado por niveles, con alta sensibilidad a todos los problemas, con protocolos de actuación, alto valor predictivo, oportunidad, y respuesta eficaz ante cualquier riesgo o problema de salud, con independencia del carácter del peligro. Este desarrollo supuso incorporar a la vigilancia eventos tales como enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, enfermedades crónicas y cáncer, accidentes, olas de calor, incidentes ambientales, riesgos accidentales o provocados, riesgos derivados de fármacos o de productos sanitarios o incluso los eventos indeseables derivados de la atención sanitaria.

La detección de las alertas en salud pública requiere una monitorización previa adecuada, a través de sistemas de información permanente y estables, acompañado de la detección y declaración de situaciones de alerta por los profesionales sanitarios y usuarios, incidentes protocolizados como tales y una respuesta rápida al mismo.

La alerta de salud pública, según la normativa existente en Andalucía, engloba al concepto de brote, caso de EDO urgente, clúster, epidemia, crisis, alarma sanitaria, e incluye, en muchas ocasiones la necesidad de intervención multisectorial y la actuación coordinada de los distintos dispositivos de Salud Pública (epidemiología, medicina preventiva, alimentaria, sanidad ambiental, farmacia, salud laboral, laboratorios clínicos y de Salud Pública), para resolverla.

Una de las primeras definiciones en nuestro ámbito aparece en la normativa de la Comunidad Autónoma de Andalucía (1996) y posteriormente en la Unión Europea (2000), con el Sistema Europeo de Alerta y Respuesta Temprana (Early Warning Response System, EWRS). En España es el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) el organismo encargado de estudiar las alertas y emergencias sanitarias desde el año 2004.

Las alertas de salud pública son cada vez más frecuentes, ello a pesar del control que existe sobre los factores de riesgo para la salud, de disfrutar de los mejores niveles de salud y esperanza de vida jamás alcanzados. Sin embargo, en sociedades desarrolladas, existen otros factores que favorecen que surjan riesgos para la salud pública, ejemplos de ellos son:

- El envejecimiento de la población y su agrupación en instituciones. La salud de este grupo de población puede ser afectada de manera colectiva por procesos banales (brotes de gastroenteritis en residencias).
- La globalización: una de sus consecuencias es la aparición y difusión de enfermedades en lugares donde antes no existían, aparición de brotes o epidemias.. enfermedades que son transmitidas por virus, bacterias, vectores,... o “transmitidas” por los estilos de vidas como el sedentarismo, las dietas desequilibradas, tabaco,....
- El uso de medicamentos, productos biológicos y tecnologías sanitarias cada vez más complejos.
- Las técnicas de producción y distribución centralizadas de alimentos.
- La industrialización y los cambios en el medio que nos rodea: contaminación ambiental, refrigeración de edificios, olas de calor.

Responder adecuadamente a las alertas sanitarias, a las que pueden dar origen estos y otros riesgos, exige disponer de un **sistema de alerta** que permita iniciar de manera inmediata su gestión. Conocer lo antes posible la magnitud y los factores determinantes del problema, tener capacidad de respuesta precoz, continuada y permanente, y evitar o delimitar en lo posible, la génesis de crisis sanitarias.

Se trata, por tanto, de tener dispositivos sensibles que detecten situaciones de riesgo o problemas de salud, que generalmente serán de efectos autolimitados, pero que también estén preparados para dar respuesta a otras posibles situaciones más complejas.

Para evitar o controlar la difusión de las enfermedades la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2005, actualizó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), cuya finalidad y alcance son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública

proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. Este RSI establece que cada estado miembro debe desarrollar la capacidad necesaria para responder con prontitud y eficacia en todos los niveles y durante las 24h del día. Un reflejo de ello es la potenciación de las redes europeas de vigilancia epidemiológica, higiene alimentaria, ambiental, laboral, industrial o tóxica, farmacéutica o de productos y tecnologías sanitarias, emergencias debidas a catástrofes naturales o a efectos adversos de la asistencia sanitaria.

La Ley 33/2011 General de Salud Pública nacional (Artº 13.3) establece: “Con el fin de coordinar los diferentes sistemas de vigilancia se creará la Red de Vigilancia en Salud Pública, que incluirá entre sus sistemas el de alerta precoz y respuesta rápida. Este sistema tendrá un funcionamiento continuo e ininterrumpido las veinticuatro horas del día”.

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía existen, distintos dispositivos de alerta y programas de control de riesgos relacionados con alimentos, medio ambiente, reacciones adversas a fármacos, productos sanitarios y enfermedades. Estos sistemas están conectados de manera inmediata a las respectivas redes nacionales y europeas existentes de alertas epidemiológica (Alertas epidemiológicas de Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica), alimentarias (Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información, SCIRI), de farmacovigilancia y productos sanitarios (alertas farmacéuticas Internacional y Nacional y farmacovigilancia) etc.

El dispositivo de alertas epidemiológicas, se crea en 1992 con motivo de la EXPO, y se integró en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVEA). Recoge un gran volumen de situaciones (1500 - 2000 anuales por diversas situaciones, detectadas en los centros sanitarios y dispositivos de Salud Pública) e implicar en la resolución de alertas a unidades funcionales multisectoriales de nivel central, provincial, de distritos y hospitales.

En el año 2002 la Consejería de Salud puso en marcha un grupo de trabajo para desarrollar un Sistema Integral de Alertas (SIA), que diese respuesta a las situaciones producidas por alertas epidemiológicas, alimentarias, ambientales, por medicamentos y productos sanitarios, por efectos adversos asistenciales, dentro de la Comunidad Autónoma

La Red de alerta epidemiológica integra y coordina recursos preexistentes, para la detección e intervención rápida ante situaciones definidas como Alerta. Se adecua tanto a una respuesta rutinaria ante situaciones del tipo de brotes epidémicos de enfermedades transmisibles o no transmisibles, o ante casos aislados de EDO, como a la respuesta ante situaciones extraordinarias.

Este dispositivo está integrado en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RNVE) del Instituto de Salud Carlos III, al que se le comunican los brotes epidémicos que se producen en nuestro ámbito. Hay redes nacionales para el sida, Parálisis Aguda Flácida, ECJ. A través de la RNVE con la Red Europea de Información sobre Salud Pública (EUPHIN) que posibilita un sistema de alerta en el Sistema de Vigilancia de la Salud para Enfermedades Transmisibles (HSSCD), con redes específicas: legionelosis (LEGIONET), salmonelosis y E. coli (ENTER-NET), Gripe1 (EISS), enfermedades inmunoprevenibles (EUVAC-net), enfermedad meningocócica, tuberculosis.

¹ existe también un sistema centinela de gripe cuya responsabilidad corresponde al CNE

RED DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS.

Se utiliza el término de alerta epidemiológica cuando se producen daños en la población, o cuando la probabilidad de que estos se produzcan es elevada.

En Andalucía disponemos de una Red de Alertas Epidemiológicas (RAE) constituida por profesionales epidemiólogos de AP, unidades de preventiva hospitalaria, servicios de vigilancia y epidemiología de las delegaciones provinciales de Salud y Consejería, en el nivel central. La Autoridad Sanitaria de esta Red la ostenta la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPOF).

El RAE asume la gestión operativa de coordinación de las intervenciones mediante una red virtual que enlaza los distintos nodos de decisión y control, por lo que con frecuencia se confunde con la denominada Red Alerta que hace referencia a la aplicación informática de soporte.

RAE funciona de forma permanente y con carácter multiprofesional. La intervención coordinada se aplica de forma protocolizada ante situaciones conocidas, y ante situaciones extraordinarias y nuevas, la intervención se basa en la experiencia y el conocimiento científico. La creación de gabinetes de intervención en alertas es una herramienta básica de coordinación.

RAE colabora de forma integrada en los diferentes niveles con la Red de Protección y otras redes en la resolución de aquellas alertas que implican la actuación de distintos dispositivos.

OBJETIVOS DE RAE

Detectar y caracterizar de forma oportuna, las situaciones agudas e inesperadas que supongan un riesgo potencial y/o daño colectivo y que precise una rápida respuesta sanitaria, así como diseñar las intervenciones destinadas al control de efectos potenciales y reales sobre la salud de la población.

Objetivos específicos

- Vigilar problemas y/o situaciones de riesgo para la salud, y diseñar recomendaciones y estrategias de intervención.
- Detectar y caracterizar de forma precoz problemas de salud pública que puedan constituir Alertas Epidemiológicas.
- Analizar la información en tiempo real para permitir la intervención ágil y correcta.
- Dirigir la investigación y la intervención protocolizada o basada en el conocimiento.
- Garantizar la respuesta y avanzar en la prevención de crisis.
- Proporcionar la información a todos los niveles implicados, incluidos la Autoridad Sanitaria y los niveles de Gestión Sanitaria implicados.
- Generar conocimiento para la mejora del sistema

CARACTERÍSTICAS.

- Orientación a la acción precoz. La efectividad del dispositivo está en relación directa con su capacidad de aportar la información oportuna, suficiente y apropiada sobre los eventos, para permitir la intervención ágil y correcta y evaluarla.
- Carácter garantista, asegurando a los ciudadanos la información y respuesta para un conjunto determinado de situaciones.
- Sensible, para detectar cualquier episodio que pueda originar una alerta
- Cobertura territorial y poblacional completa
- Funcionamiento permanente de 24 horas, con el fin de detectar, notificar e intervenir de forma temprana en aquellas situaciones que así lo requieran.
- Integrado en los dispositivos existentes de preparación y actuación ante emergencias colectivas con posibilidad de consecuencias sanitarias.
- Actuaciones protocolizadas
- Responsabilidades definidas.
- Estructura organizativa estable.
- Sistemas de información en Red (RedAlerta), con canales de comunicación ágiles y suficientes.
- Carácter multiprofesional, capacitado y entrenado, con capacidad de movilizar recursos de respuesta inmediata y gradual.

- Estructura en niveles con intervención gradual según la gravedad del problema.
- Disponibilidad de Laboratorios clínicos y Laboratorios de Salud Pública de forma permanente.
- Confidencialidad. Las Alertas Epidemiológicas son confidenciales, y su difusión nunca debe exceder los límites de los profesionales que deban participar en su gestión. Los profesionales conocedores de una Alerta, están obligados a guardar el secreto, y comunicar el riesgo exclusivamente a las personas susceptibles o afectados por los daños, sin desvelar, en ningún caso, datos identificativos de personas, empresas o colectivos. La información de carácter nominal (referida a personas, empresas o instituciones), podrá fluir sin restricción entre los elementos de la estructura del SIA, pero en su difusión fuera de esta estructura, habrá de contemplar lo establecido en la Ley de Protección de Datos, salvo en la comunicación a otras unidades de la administración que deban conocer la existencia de la alerta en salud pública de cara a la adopción de medidas de control. La difusión de la información se hará con el suficiente nivel de agregación que no permita la identificación de personas, empresas o instituciones por elementos externos al SVEA.

FUNCIONES Y ACTIVIDADES

- Detectar en el ámbito territorial definido todas aquellas situaciones definidas como alerta.
- Definir y establecer problemas de salud pública que puedan constituir alertas.
- Avanzar en la prevención de alertas y crisis.
- Comunicación rápida entre los recursos mediante RedAlerta y listas de distribución por correo electrónico
- Coordinación permanente entre los diferentes dispositivos del Sistema Sanitario Público de Andalucía (epidemiología, sanidad alimentaria, higiene alimentaria, medicamentos...), y coordinado con los dispositivos existentes de preparación y actuación ante emergencias colectivas: EPES, Protección Civil, etc.
- Existencia de responsable de la investigación.
- Actuación mediante objetivos y protocolos de atención a las alertas.

- Sistemas de información ágil y suficiente: comunicación a tiempo real, con teléfonos y portátil, basado en Internet corporativo, Sistema de Información Geográfico; que disponga de fichas con información básica y específica, y posibilidad de búsqueda retrospectiva sobre los problemas.
- Comunicación urgente de estas alertas al nivel superior establecido.
- Debe recoger la detección e intervención en los centros sanitarios ante situaciones de alerta debidas a problemas nosocomiales y/o iatrógenos (IRAS).
- Realización de propuestas de recomendaciones para control y prevención.
- Sensible para detectar la mayor parte de los episodios que sucedan en el ámbito territorial correspondiente. Para ello notificación por sospecha, no debe eliminar procesos considerados inicialmente como poco graves, pues pueden ser el indicador inicial de otro proceso más grave, o de una agregación geográfica o multifocal.
- Participación de toda la red de vigilancia epidemiológica: distritos, hospitales (públicos y concertados privados), redes de asistencia a tercera edad, centros penitenciarios y militares, ayuntamientos.
- Informes provisionales y final obligatorio de la investigación realizada con propuesta de recomendaciones para control y prevención, adjuntados a la ficha de la alerta en Red Alerta.
- Existencia de portavoz, en caso necesario, de la información a la población y medios de comunicación.
- Formación específica del personal y creación de equipos de apoyo o de expertos de referencia en caso necesario.
- Retroalimentación permanente de las alertas producidas con periodicidad semanal desde el nivel central (boletín SVEA) y si se puede provincial.
- Informe monográfico anual de alertas epidemiológicas. Informe anual provincial de alertas epidemiológicas
- Mejora continuada del Sistema, mediante monitorización de indicadores de evaluación del sistema, como existencia de información suficiente sobre la alerta, evaluación de la investigación realizada, demora en la detección del brote, falta de confirmación microbiológica, sensibilidad en la detección, etc.
- En caso de que la población solicite información sobre una alerta donde se ha visto implicada como tiene que solicitarla y quien debe de realizarla.
- Disponibilidad garantizada para consulta y apoyo técnico entre los distintos niveles de actuación, central, provincial y local ante una alerta.

NORMATIVA AUTONOMICA

Según la Orden de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el sistema de vigilancia epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía, se establece.

Alertas en Salud Pública:

- a) Aparición súbita de riesgos que requieran intervención inmediata de los servicios de salud pública.
- b) Aparición de brotes epidémicos o agrupaciones inusuales de casos, con independencia de su naturaleza y causa.
- c) Enfermedades de Declaración Obligatoria de Declaración Urgente (Ver Anexo)

El Sistema de Atención Continuada de alertas se recoge en la ORDEN de 25 de junio de 2007, por la que se establecen los criterios de aplicación y valoración del complemento de productividad mediante método directo al personal funcionario de la Consejería que desempeñen las funciones de la Red de Alerta del Sistema Sanitario Público de Andalucía, fuera del horario laboral.

CIRCUITO DE ACTUACION ANTE UNA ALERTA EPIDEMIOLOGICA.

Niveles

Existen en la práctica **tres niveles** (local, provincial y central) en la estructura y actuación del dispositivo de alerta de Salud Pública ante una alerta, con el apoyo frecuente de la EPES.

En resumen, en cada nivel de actuación, en especial en el local debe potenciarse en su ámbito:

- La detección rápida de las alertas por cualquier medio.
- La comunicación temprana ante sospecha de alerta y realización de informes provisionales y final.
- La confirmación de que se trata de una alerta y análisis del territorio y población implicados en la misma.
- Valoración de la alerta (gravedad, magnitud, alarma social, vulnerabilidad).
- La investigación adecuada según protocolo, con rápida toma de muestras y remisión de las mismas.
- La adopción de medidas cautelares, de control, de seguimiento posterior y preventivas.
- La formación e información sobre el sistema de alerta e investigación de brotes, clusters, etc.

Detección de la alerta epidemiológica. Circuito de información

Posibles informantes:

En general cualquier medio puede servir para detectar una posible alerta, desde los propios afectados, a distritos, hospitales, EPES, centros sanitarios, servicios de urgencias, laboratorios, centros de ITS, centros sanitarios privados, medios de comunicación, ayuntamientos, usuarios, sanidad ambiental y alimentaria, otros organismos de la Junta de Andalucía, otras unidades del SSPA, centros nacionales: CNE, CCAES, Red de Alerta Europea.

Cómo informar de la alerta:

Dada la importancia de la celeridad en la toma de medidas, incluso por distintos niveles, o la posibilidad de detectar otros brotes concurrentes por la misma causa, la comunicación de la alerta debe realizarse lo antes posible, por ello puede hacerse **por sospecha** del problema, no necesitando esperar a que esté confirmada.

La notificación de una alerta será realizada de forma **urgente**, vía telemática o telefónica, desde el informante, lo antes posible a través de la **grabación de la alerta** en su ficha correspondiente en la aplicación informática utilizada (*Red Alerta*). La alerta será **validada** en la aplicación por la Unidad correspondiente de la Delegación de Salud, en el caso de Epidemiología por la Sección de epidemiología de la Delegación de Salud. Gracias a la aplicación *Red Alerta* todas las unidades y niveles de Salud Pública implicadas en la resolución de una alerta son informadas inmediatamente una vez grabada y validada la alerta. En SSCC se visualizan las alertas no validadas.

Fuera del horario laboral -laborables de 15 a 8 horas, fines de semana y festivos-, la comunicación de las alertas se realiza a través de EPES, mediante el teléfono **902.22.00.61** único para alertas sanitarias en la Comunidad Autónoma. Se aplica el protocolo establecido en cada provincia entre EPES y el servicio de salud de la D. Este número de teléfono de EPES **debe estar visible** al menos en todas las consultas de urgencia sanitaria públicas o privadas.

En todas las consultas de AP y AE debe disponerse del listado de posibles situaciones de alerta, siendo responsabilidad del nivel local y provincial la distribución del material necesario.

La comunicación inicial de una alerta implica la transmisión de un mínimo de datos al nivel siguiente en la comunicación, y que aparte de la ficha correspondiente por tipo de alerta de la aplicación *redalerta*, viene recogido en el modelo de comunicación inicial de la alerta (**Anexo**).

Comunicación entre niveles:

- En caso de alertas fuera de horario laboral, se aplicará lo anterior.
- Para el resto de situaciones, la aplicación *RedAlerta* permite que la alerta concreta sea conocida por aquellas personas autorizadas para ello, en función de los diferentes perfiles, tanto en la propia Delegación, como en el distrito y hospital implicado, así como en los Servicios Centrales de la DGSPPOF.
- Sin embargo la Delegación deberá garantizar en cada alerta que otras posibles unidades implicadas (distritos, hospitales, centros sanitarios, otras unidades de la propia Delegación, ayuntamientos en su caso), tengan conocimiento de la alerta, sin olvidar a laboratorios de Salud Pública o laboratorios de referencia, a efectos de envío y resultados de muestras. Se comunicará además a otras administraciones (Agricultura, Medio Ambiente, Consumo...) aquellos aspectos de la alerta que correspondan a su ámbito de intervención.
- Si en la alerta está implicada más de una provincia desde el nivel central se le da visibilidad a la misma.

Actualización de los datos

Es necesario actualizar los datos sobre la alerta en el curso de la investigación, para ello se utilizan las fichas de la aplicación *RedAlerta*, y los informes provisionales y finales. Los campos de la ficha deben ser actualizados con el contenido de estos informes. Debe tenerse en cuenta que cada viernes se editan en el boletín semanal SVEA un informe semanal de las alertas declaradas.

Criterios de asignación geográfica de la alerta:

La alerta será asignada al lugar considerado más cercano al origen del problema confirmado que provoca el brote. Para ello los criterios geográficos jerarquizados serían los siguientes:

- 1º. Lugar origen del problema confirmado del antecedente común o riesgo de enfermar (fuente de infección o vehículo).
- 2º. Lugar donde la fuente de infección o el vehículo se ligó a la aparición de la enfermedad (ejemplo: lugar donde el alimento o agua fue consumido).
- 3º. Lugar de residencia del mayor número de casos.

Responsable de la investigación

Se garantizará que existe un técnico responsable de la investigación de la misma, generalmente el Epidemiólogo de atención primaria, o facultativo del Servicio de Medicina Preventiva hospitalaria. Caso de afectar a más de un distrito u hospital correspondería la coordinación a la Unidad de epidemiología provincial. Caso de afectar a más de una provincia lo decidirá el nivel central.

En caso de afectar a un hospital o centro privado, corresponderá a la Delegación Territorial.

Portavoz

En el supuesto de que a los medios de comunicación haya que informarles de una alerta, el Delegado Provincial, o en su defecto el Jefe de Servicio de Salud, serán responsables de establecer un único interlocutor con los mismos.

Informe provisional

Se realizará en todas las alertas, salvo en las que determine el nivel central.

En general, se actualizará el informe provisional tantas veces como requiera cada alerta, para conocimiento de los distintos niveles implicados y a medida que se disponga de información relevante, a fin de valorar la magnitud y trascendencia de la misma y, en su caso, cubrir las expectativas de información que pudiera demandar la opinión pública.

El informe provisional será realizado por la persona que ha llevado a cabo la investigación, y en su defecto la Unidad de Epidemiología de la DT.

Informe final

Se elaborará en el nivel local un informe final para cada alerta, tan pronto como haya concluido la investigación de la alerta. Se realizará en el plazo máximo de 40 días desde la aparición de la alerta. En **Anexo 3** se establecen los epígrafes del contenido del informe y se establecen criterios respecto a ante cuales tipos de alerta realizar el informe.

El informe será conjunto para las diferentes unidades que intervengan en la alerta y lo realizará o coordinará la persona responsable de la investigación, o en su defecto la Unidad de Epidemiología de la DT. Toda la información derivada de la investigación estará incluida en el informe. Será firmado por todos los profesionales que intervengan en la investigación

Estos informes finales se enviarán, si procede y con la confidencialidad necesaria de contenido, a unidades locales e informantes que hayan participado en la resolución de la alerta.

En el supuesto de caso único de **enfermedad urgente**, se aplicará lo establecido en el Anexo.

INVESTIGACION E INTERVENCION ANTE LA ALERTA

Ámbito de la Alerta y responsabilidad

En general la responsabilidad de la atención a una Alerta de ámbito comunitario corresponde al Distrito o Unidad de Gestión Clínica (UGC) correspondiente, y fuera de horario laboral al Equipo de guardia.

Ante un caso de enfermedad urgente en un enfermo ingresado en un Hospital Público la responsabilidad de la confirmación de la alerta, la realización de encuestas epidemiológicas, cumplimentación de la ficha de Redalerta con la información complementaria y de asegurar las medidas iniciales de control en familiares corresponde a la Unidad de Medicina Preventiva en horario laboral, fuera del mismo esta actuación le corresponde al Equipo de guardia provincial.

Funciones básicas de la Red de Vigilancia Epidemiológica ante una Alerta

- Detectar precozmente los problemas o situaciones de riesgo que requieren iniciar una investigación o intervención urgente.
- Organizar el inicio de la respuesta adecuada para el control y minimización del daño: Investigación y medidas de control iniciales.
- Alertar a los dispositivos sanitarios y organismos públicos o privados que deban intervenir en resolución de una alerta.

- Comunicación y valoración de la alerta a la autoridad sanitaria.
- Información de la población afectada o expuesta al riesgo cuando sea pertinente (Ej. padres de niños de guarderías) comunicación e Informes de las actuaciones iniciales dirigidos al nivel al que corresponda para garantizar la continuidad en su seguimiento y control definitivo.
- Detectar Alertas de Alto Impacto.

Características de la intervención ante la alerta según el nivel implicado

- Nivel Asistencial (centros de salud, hospitales, servicios de urgencia):
 - . Sospecha de brote, diagnóstico clínico y de laboratorio, colaboración en la investigación epidemiológica.
- Laboratorio clínico:
 - . Identificación del germen, confirmación de serotipado y serogrupo.
 - . En caso de brotes aislar las cepas, y si está establecido remitir muestras al laboratorio de referencia
 - . Informar de resultados a Medicina Preventiva según protocolo de Vigilancia Especializada en Atención Especializada.
- Ambito hospitalario. Implica generalmente al Servicio de Medicina Preventiva:
 - . Identificar agrupamiento de casos de enfermedades o casos individuales de EDO urgente a partir de los datos suministrados por el laboratorio.
 - . Recibir y potenciar las notificaciones en su entorno, en especial Servicios de Urgencias.
 - . Valorar y complementar la información relativa a una alerta.
 - . Realizar la búsqueda activa de casos y realizar el control de calidad de la declaración de alertas en su ámbito a través del CMBD, declarando los casos nuevos.
 - . Búsqueda de contactos y expuestos.
 - . Supervisión de las distintas quimioprofilaxis a los contactos y de la toma de muestras clínicas a los casos.
 - . Emisión de instrucciones sobre las medidas de control y prevención de brotes nosocomiales en el entorno hospitalario.
 - . Investigación epidemiológica en alertas hospitalarias y colaboración en las extra-hospitalarias. Comunicación de la información al nivel correspondiente, elaboración de informes provisional y final. Dar por cerrada la alerta en su entorno
 - . Organización, motivación y difusión del Sistema de Vigilancia en el entorno hospitalario.
 - . Facilitar la aplicación del protocolo de Vigilancia en Atención Especializada.
 - . Actividades de formación sobre vigilancia epidemiológica, e investigación de brotes.
- Ámbito Comunitario. Distrito:
 - . Recepción de la alerta por el Epidemiólogo de atención primaria.
 - . Valorar la información, recoger la información básica, comunicar a la Delegación y Director de Distrito.
 - . Realizar la investigación epidemiológica, coordinar las actividades de los demás profesionales implicados. Asegurar la toma de muestras necesarias para la investigación del brote clínicas y coordinar la toma de muestras alimentarias y ambientales. Asegurar quimioprofilaxis.

- . Realizar los informes provisional y final, dar por cerrada la alerta en su ámbito.
- . Actividades de formación sobre vigilancia epidemiológica, e investigación de brotes.

- Unidad de vigilancia Epidemiológica Provincial:
 - . Responsable de la detección de las alertas en el ámbito provincial a través de cualquier medio.
 - . Asumir la dirección técnica ante la falta de actuación del nivel local, a propuesta del Jefe de Servicio.
 - . Asumir la dirección técnica de la intervención ante brotes que afecten a más de un Distrito u Hospital.
 - . Confirmación de que se trata de una alerta.
 - . Comunicación al nivel central. Actualización de la información en alepro.
 - . Análisis del territorio y población implicados en la misma.
 - . Evaluación de la alerta (gravedad, magnitud, alarma social, vulnerabilidad). Clasificación del tipo de alerta.
 - . Apoyo a la intervención del nivel local: apoyo técnico.
 - . Coordinación de las actividades emprendidas en el nivel local: confirmación de que se estén tomando las medidas adecuadas, en base a los protocolos establecidos.
 - . Propuesta al nivel central de inmunizaciones a colectivos poblacionales ante brotes.
 - . Informar de las alertas semanalmente. Informar de las no conformidades.
 - . Asegurar la realización en plazo en el nivel local del informe(s) provisional o final de la alerta y sustituir en caso necesario. Cierre de la misma (según el protocolo específico de cada alerta)
 - . Realizar un informe anual, con análisis epidemiológico de las alertas, análisis de los indicadores de calidad, evaluación de las actuaciones.
 - . Potenciar la formación, realización de reuniones de evaluación, realización de recomendaciones.
 - . Vigilar que el folleto explicativo sobre alertas epidemiológicas esté a disposición de los profesionales en los lugares adecuados.

- Laboratorio de Salud Pública:
 - . Recepción de las muestras y análisis de las mismas.
 - . Informe de resultados a la unidad de epidemiología y centro sanitario remitente
 - . Instrucciones sobre correcta remisión de las muestras a los centros sanitarios.

- Jefe de Servicio de Salud Pública:
 - . Coordinación de las diferentes unidades y laboratorio ante una alerta.
 - . Solicitud de refuerzos y recursos en caso necesario.
 - . Designación de portavoz, tras consulta con el Delegado Territorial, ante los medios de comunicación.
 - . Asegurar un coordinador de la investigación de la alerta en caso de ausencia o conflicto, o ser de ámbito provincial e implicar a diferentes unidades.
 - . Asegurar la propuesta de medidas cautelares o punitivas o de remisión judicial en caso necesario.
 - . Control del sistema de atención a las alertas fuera del horario laboral en el nivel provincial, local y EPES: teléfonos en activo, turnos de guardia, incidencias.
 - . Coordinación semestral junto a la unidad de vigilancia epidemiológica con la EPES provincial.
 - . Coordinación operativa entre los distintos dispositivos.
 - . Coordinación semestral con el nivel local sobre el sistema de alertas: indicadores de calidad, intervenciones concretas, incidencias, no conformidades.

. Potenciar las actividades de formación sobre vigilancia epidemiológica e investigación de brotes, en especial de TIA, en el ámbito provincial. Difusión de los protocolos de alerta.

- Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. DGSPOF:
 - . Coordinación del sistema de alertas epidemiológicas.
 - . Alertas de la red nacional e internacional. Coordinación con los organismos correspondientes.
 - . Crisis de Salud Pública.
 - . Coordinación trimestral con el nivel provincial, mediante Videoconferencia
 - . Coordinación de las alertas que afecten a más de una provincia.
 - . Control del sistema de atención a las alertas fuera del horario laboral. Perfil de epidemiología.
 - . Evaluación global de la calidad del sistema de alertas.
 - . Establecimiento de protocolos de atención específicos ante alertas.
 - . Catálogo de Riesgos de Salud Pública.
 - . Integración con otros dispositivos de alerta.

Finalización de la alerta

En cada protocolo de tipo de alerta se especifica la finalización de la alerta. En general cuando se cumplen los siguientes criterios: no existen nuevos casos, se ha realizado la investigación, se han tomado las medidas de control, y se ha hecho el informe final.

Principales problemas que pueden presentarse ante una alerta epidemiológica

- Falta de detección de una alerta.
- Retraso importante en la comunicación de la alerta.
- Defectos en la investigación: falta de búsqueda activa de expuestos o casos, falta de toma de muestras.
- Defectos en el control o toma de medidas preventivas: falta de medidas cautelares necesarias.

INFORMACION SOBRE ATENCIÓN CONTINUADA DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS. Perfil de Epidemiología

- El horario es de 15h a 08h de lunes a viernes y de 24h sábado, domingo y festivos. En el resto del horario las actuaciones deben corresponder a los Distritos, Hospitales o Delegaciones Territoriales, responsables de las actuaciones. Sin embargo en caso necesario se realizarán las tareas complementarias que se determinen por parte del nivel central (DGSPOF o persona en quien delegue) o provincial Jefatura de Servicio de Salud Pública (JSSP).
- Siempre que sea necesario, estas unidades recibirán apoyo de la estructura de los distintos niveles asistenciales del SSPA y de sus profesionales (facultativos, enfermería, cuerpo A4, otros técnicos de servicios de salud de Delegaciones Territoriales y Distritos sanitarios, UGC, etc.), para desarrollar actividades relacionadas con la investigación o intervención en una alerta (encuestas epidemiológicas, toma de muestras biológicas, ambientales o alimentarias, etc.).

Desarrollo de las Funciones

1. EPES / 061

- Tiene funciones como teléfono provincial único fuera del horario laboral para la recepción y transmisión protocolizada de la información de alertas a la Unidad Provincial. Su función básica es la Recepción de llamadas por alerta, y comunicación de la alerta a través del teléfono de la unidad provincial de Alertas. La recepción de la llamada la realizaría la persona del Perfil de epidemiología de guardia.
- Siempre que sea necesario, se contará con el apoyo de la EPES provincial para la búsqueda de contactos y de enfermos, y de los dispositivos de urgencias hospitalarios y de Atención Primaria (encuesta epidemiológica, toma de muestras biológicas o alimentarias, etc.) a través de la coordinación con los jefes de guardia en hospital y responsable de urgencia en APS.

2. Funciones y organización del nivel provincial y central. Perfil de epidemiología

Funciones Comunes

- Recepción de la sospecha de la alerta con el contenido de la información suficiente exigida
- Confirmación de la sospecha de la alerta. Valoración inicial
- Coordinación en la investigación y la adopción de medidas de control
- Revisión de alertas comunicadas por cualquier medio, e identificación de aquellas que requieran intervención inmediata para comunicación a la DGSPOF o jefe de servicio directamente implicado.
- Se velará por la correcta investigación de la alerta, y podrá transmitir instrucciones operativas que serán atendidas.
- Se deberá contar con una agenda de contactos completa para comunicar en caso necesario con el nivel provincial o central.

Nivel Central

- Cuando fuera necesario dada la gravedad real o posible, magnitud, o alarma generada, o el alcance de las medidas que haya que adoptar, se transmitirá la información al nivel superior: DGSPOF, y/o jefaturas de servicio implicados: Vigilancia y Salud Laboral, Promoción Salud (Salud Ambiental, Higiene Alimentaria), Farmacia.

Nivel Provincial

- Comunicación telefónica al nivel de guardia central, y en su caso al Jefe de Servicio de SP de la DT, según este establecido a nivel provincial

- Asegurar la cobertura de los circuitos de información de la alerta:
 - a. Todas las alertas se grabarán en Redalerta, acompañado de un informe preliminar colgado en las primeras 24 horas, en la que se incluyan la descripción clínica de la alerta, la hipótesis etiológica inicial y las medidas de control adoptadas. En caso necesario se comunicará telefónicamente con la Delegación Territorial.
 - b. Se tendrá especial cuidado con las alertas que comporten alarma social o una implicación extraordinaria de recursos asistenciales con valoración inicial de personas afectadas, trascendencia mediática, gravedad de la alerta, mortalidad.
- El perfil de epidemiología efectuará coordinación de la investigación que se esté realizando y de la adopción de medidas de control.
- El perfil de epidemiología se encargará de transmitir las instrucciones verbales y documentales al otro perfil de guardia, así como de valorar siempre la necesidad o no de búsqueda de posibles afectados o expuestos. Asimismo dada la disposición de ordenador portátil, la recepción de ficheros relacionados, a través del correo provincial de guardias, svea.alerta.xx.csbs@juntadeandalucia.es.
- En caso necesario, para organizar o iniciar la investigación o intervención en una alerta, uno o ambos miembros del equipo provincial, se desplazará al lugar de la alerta.
- Al día siguiente laboral a la actuación realizada o incidencia existente, se comunicará lo acaecido al Sector de Epidemiología provincial, al cual transmitirá la información necesaria a otras Unidades de la Delegación y al SVSL.
- La coordinación a nivel provincial con la EPES en este ámbito es responsabilidad de la JSSP, siguiendo los criterios generales de la DGSPyOF.
- La JSSP:
 - a. Potenciará la realización de reuniones, con la periodicidad adecuada, con EPES y personal de guardia provincial, sobre problemas presentados, comunicación con EPES, actividades de formación necesarias
 - b. Decidirá la implicación del resto de personal de salud pública: médicos, personal de enfermería, protección de la salud (veterinarios, farmacéuticos).
 - c. Velará porque en los distintos centros, en especial puntos de urgencia, exista información gráfica sobre la declaración de alertas y EDO urgentes, y teléfono de referencia para su declaración fuera de horario.
 - d. Coordinará a nivel provincial con la EPES para las guardias de alertas de SP
- Las alertas en el ámbito hospitalario fuera del horario laboral (brotes de IRAS, etc.) deben seguir el protocolo de notificación habitual, a través del 061.
- En caso de alertas estrictamente alimentarias (necesidad de inmovilización de alimentos, etc), la comunicación se realizará directamente al perfil A4.
- Cuando fuera necesario, en función de la valoración que el epidemiólogo realice de la alerta, por la magnitud de la alerta, o siguiendo las instrucciones que desde la unidad central se reciban de la DGSPyOF, se contará con los técnicos A4 que se considere pertinente para realizar las funciones de investigación y control.
- En situaciones excepcionales se podrá movilizar, desde la DGSPyOF otros recursos que se consideren necesarios para la investigación y el control de la alerta.
- La portavocía sobre alertas concretas respecto a los medios de comunicación, será decidida por el jefe de Servicio de SP de la DT
- Medidas de control

- a. Valorar la gravedad real o posible del problema, su magnitud, la alarma generada, o el alcance de las medidas que haya que adoptar. Coordinación en la investigación y la adopción de medidas de control.
 - b. Adopción de las medidas de control iniciales. Planificación de medidas a medio y largo plazo.
 - c. Asegurar la atención clínica de afectados.
 - d. Elaborar la hipótesis etiológica inicial y de forma de transmisión de la alerta.
 - e. Identificar la población susceptible e informar de los riesgos a los que están sometidos y las medidas de prevención que pueden adoptarse.
 - f. Realizar la investigación epidemiológica. Asegurar la recogida de muestras y la inspección y control de establecimientos.
 - g. Garantizar que se toman las muestras biológicas necesarias para la investigación de la alerta, así como su conservación adecuada hasta su envío al laboratorio.
 - h. Coordinar y garantizar que se adoptan las medidas para la identificación, prevención y protección de personas expuestas, según protocolos (quimioprofilaxis, etc.).
- Recursos materiales necesarios:
 - Teléfono móvil
 - Ordenador portátil, con aplicaciones corporativas, incluyendo Diraya.

ANEXOS

ANEXO 1: ALERTAS POR CASO DE ENFERMEDAD DE DECLARACION URGENTE

- Aspergilosis cuando se sospeche origen nosocomial
- Botulismo
- Brucelosis
- Cólera
- Difteria
- Enfermedad meningocócica
- Enfermedad neumocócica invasora
- Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*
- Fiebre amarilla
- Fiebre del Nilo occidental
- Fiebres hemorrágicas víricas
- Fiebres tifoidea y paratifoidea cuando se sospecha su transmisión alimentaria
- Hepatitis A cuando se sospecha su transmisión alimentaria
- Infección por *Escherichia coli* enterohemorrágica
- Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) por enterobacterias productoras de carbapenemasas
- IRAS por *Acinetobacter baumannii* pan resistente
- IRAS por otros microorganismos reemergentes o inusuales
- Legionelosis
- Listeriosis
- Meningitis bacteriana, otras
- Meningitis vírica, otras
- Meningitis infecciosa, otras
- Parálisis flácida en menores de 15 años
- Peste
- Poliomiелitis
- Rabia
- Reacción postvacunal grave
- Rubeola
- Rubeola congénita
- Sarampión
- SARS (en español: Síndrome Respiratorio Agudo Grave).
- Tifus exantemático
- Triquinosis
- Tuberculosis bacilífera y/o resistente a fármacos antituberculosos
- Tularemia
- Viruela
- Enfermedad transmisible emergente o reemergente, o agente infeccioso nuevo en el territorio de Andalucía, cuya ocurrencia pueda requerir una intervención urgente de los servicios de salud pública.

ANEXO 2. CRITERIOS DE PLAZO Y DE REALIZACIÓN DE INFORMES FINALES Y PROVISIONALES DE ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS. SESL (Revisado en mayo 2016)

1. Obligatoriedad de realización de INFORME FINAL de alertas por brote o cluster.

El informe final adjunto a la ficha de RedAlerta es necesario para **TODAS** las alertas, SALVO para las siguientes:

- Caso aislado de EDO urgente.
- TIA de origen domiciliario con menos de 13 afectados
- TIA con menos de 4 afectados de ámbito colectivo o en establecimiento público.

(En los dos casos anteriores salvo que esté implicado un alimento comercializado)

En estos tres tipos de alertas mencionados se considera suficiente la información volcada en la ficha de RedAlerta y en su caso de las encuestas. En el caso de alertas por TIA la ficha se amplió en su momento para que atendiera a la información necesaria. Los datos de la ficha de RedAlerta deben ser concordantes con el contenido del informe final.

El informe final se elaborará por el nivel local, y en su defecto por el nivel provincial, tan pronto como haya concluido la investigación de la alerta. **Debe finalizarse dentro de los 40 días desde la fecha de registro de la alerta**, aunque se tendrán en cuenta las especificidades de algunos tipos de brotes como tuberculosis.

El informe final deberá ser conjunto en un solo documento para las diferentes unidades, niveles y dispositivos que intervengan en la alerta. Las intervenciones de interés realizadas por cada dispositivo se explicarán en el texto básico del informe, no solo se remitirán a un anexo o acta. Al menos en la parte de la intervención epidemiológica el informe lo realizará o coordinará la persona responsable de la investigación epidemiológica, o en su defecto la Sección de Epidemiología de la DT.

2. Realización de INFORME PROVISIONAL ante la alerta.

En general todas las alertas que según el apartado anterior, precisen informe final, al declararse deben tener información inicial suficiente en la ficha, y un primer informe provisional en un plazo máximo de 48h tras su fecha de registro o de la fecha de intervención si esta es anterior.

Debe tenerse en cuenta además que las alertas declaradas en viernes o día previo a festivo siempre requerirían dicho informe, previendo que puedan aparecer complicaciones durante el fin de semana.

El informe provisional, se adjuntará en la ficha de la alerta en RedAlerta, será comprensivo de todas las actuaciones de los dispositivos, y será realizado por la persona que ha llevado a cabo la investigación, y en su defecto por la Sección de Epidemiología de la Delegación provincial.

Se realizarán informes posteriores o se completará el realizado a medida que avance la investigación, y en todo caso un segundo informe en la semana posterior a la declaración. Estos informes provisionales serán en la medida de lo posible también conjuntos de todos los dispositivos, y no sustituyen al informe final en plazo, ni a una correcta cumplimentación de las variables de la ficha de alerta de RedAlerta.

3. ALERTAS DE ATENCION ESPECIAL.

En las siguientes alertas, además de su grabación, se realizará una **comunicación telefónica** al nivel inmediato superior, y una **actualización continuada del informe provisional conjunto con especial seguimiento**:

- Alertas con trascendencia en medios de comunicación regional, provincial o local.
- Alertas y brotes que ocasionen algún fallecimiento en el momento de la detección o en los días siguientes.
- Alertas en las que la exposición pueda afectar a más de una provincia, otra Comunidad Autónoma o País.
- Cambio importante en la gravedad de una alerta: incremento significativo del número de afectados o expuestos.
- Toxi-infección alimentaria (TIA) con implicación de alimento comercializado.
- TIA de ámbito no domiciliario con más de 15 afectados o con más de 50 expuestos.
- Brote de transmisión hídrica de más de 10 afectados. Brote de gastroenteritis con más de 15 afectados.

- **Brotos** de enfermedad que sea **EDO urgente**.
- Alertas y brotes de más de 5 afectados en **colectivos vulnerables** (niños, residencias de ancianos, nosocomiales, zonas deprimidas). Específicos: brotes de **hepatitis A no familiares**, brotes de intoxicación con **productos tóxicos**,
- Sospecha de caso de determinadas EDO (legionelosis, enfermedad meningocócica, rabia, sarampión, FNO, Chikungunya, fiebre amarilla...)
- Alertas que determine el nivel provincial o central.

4. Informe requerido ante un solo CASO DE EDO URGENTE.

La lista de EDO urgente se establece en Anexo anterior, según normativa. Existen también criterios en los protocolos específicos de alerta para declaración como alerta de un solo caso en situaciones concretas de determinadas enfermedades (tuberculosis, TIA). Se declararán como EDO y como alerta.

Estos casos se declaran en la ficha correspondiente de la aplicación RedAlerta, común a todos los niveles del sistema (local, provincial y central).

Si aparece otro caso asociado, se cumplimentará una ficha de alerta por brote o clúster.

Salvo que se solicite expresamente, no hace falta adjuntar en la ficha de RedAlerta de EDO urgente un informe o encuesta epidemiológica. Sí se adjuntará la encuesta epidemiológica establecida en las siguientes situaciones:

- Enfermedad Meningocócica.
- Triquinosis. Botulismo. Parálisis flácida. EETH.
- Legionelosis y caso de Legionelosis notificada por EWGLI.
- Sospecha de transmisión alimentaria en casos de listeriosis, hepatitis A, fiebre tifoidea y paratifoidea.
- Sospecha de cólera, difteria, fiebre amarilla, peste, rabia.
- Chikungunya. FNO, Dengue, Zika, sífilis congénita
- Cuando se solicite por el nivel central.

Algunas Especificaciones (ver además protocolo específico de alerta)

Legionelosis:

Requiere información inmediata y coordinación con la Unidad de distrito y provincial de Salud Ambiental. Tiene especial importancia el caso de legionelosis de origen nosocomial o en balneario termal, o en Residencia de ancianos, al ser indicativos de alta probabilidad de presencia generalizada del germen en el medio.

Se establecen los 10 días del periodo de incubación previos al inicio de síntomas para definir el tipo de caso. Es fundamental actualizar la información de los casos, del establecimiento sospechoso relacionado y los resultados de la investigación ambiental. Todos los hospitales deben disponer de técnica de detección por antigenuria.

Debe estar prevista la realización de cultivos de esputo para el aislamiento de legionela en el caso de sospecha de brote o agrupaciones de casos.

Botulismo y Triquinosis:

Requieren rellenar la ficha de forma completa para el CNE e informe posterior de actuaciones, y coordinación inmediata con la Unidad de distrito y provincial de Higiene Alimentaria. Es fundamental determinar posibles expuestos y la relación o no con conservas vegetales u otro alimento comercializado.

En la triquinosis: confirmar diagnóstico, origen de la carne sospechosa y determinar expuestos. Al ser frecuente el origen por carne de jabalí, suele ser conveniente contar con el apoyo del SEPRONA para la resolución de la investigación y la comunicación al juez, así como la detección de elaboración de embutidos.

Enfermedad meningocócica

Declaración urgente hasta el nivel central, requiriendo intervención inmediata incluso en fin de semana para la búsqueda de expuestos (contando para ello con la EPES provincial) y aplicación de quimioprofilaxis.

Al bajar la incidencia del serogrupo C respecto a la B es menos frecuente la aparición de brotes.

Resto de meningitis

Son de declaración urgente. Debe investigarse la posibilidad de aparición de brotes de meningitis vírica, y realizarse la investigación como caso de listeriosis de las meningitis por esta causa.

Sospecha de cólera, difteria, fiebre amarilla, peste, poliomielitis, rabia:

Enfermedades de declaración urgente a nivel nacional. Ver protocolo de rabia y actuación ante crisis de Salud Pública.

Reacción postvacunal grave:

Se declara a RedAlerta y al Centro Andaluz de Farmacovigilancia. Requiere informe final de actuaciones.

Aparición o reaparición de una enfermedad transmisible o agente infeccioso nuevo en Andalucía, cuya ocurrencia pueda requerir una intervención urgente de los servicios de salud pública. Ver protocolo de actuación ante crisis de Salud Pública. Entre ellas: Chikungunya. FNO, Dengue, Zika.

ANEXO 3. INFORME TÉCNICO FINAL ANTE UNA ALERTA

Se encuentra disponible en la Red una selección de informes finales relevantes por tipo de alerta de varios años, que pueden servir de apoyo y referencia ante las alertas que se produzcan.

También se establecen diferentes esquemas resumen que pueden servir para la realización de informes de alertas.

CONTENIDOS GENERALES DEL INFORME TÉCNICO FINAL OBLIGATORIO ANTE UNA ALERTA²

Durante el proceso de identificación, investigación y control de un brote epidémico, se genera una información de gran interés para diversos propósitos, relativa al brote y a la comunidad en que éste ha ocurrido. Es necesario agrupar esta información (que puede estar dispersa) en un informe final que sea lo más comprensible posible.

El informe es el instrumento mediante el cual:

- a) Sistematizamos en un único documento los resultados de la investigación y la descripción de las actividades realizadas en relación con el brote.
- b) Comunicamos los hechos, actuaciones y recomendaciones a los organismos e instituciones con competencias en desarrollar las medidas para que el fenómeno no se repita.
- c) Nos vemos obligados para su elaboración, a revisar las actuaciones realizadas (autocontrol de calidad).
- d) Comunicamos en la prensa profesional los resultados de una investigación. e) Disponemos de un material docente.

La información básica que contendrá el informe, comprenderá una descripción de los factores que desencadenaron los hechos, la evaluación de las medidas tomadas para su control y las recomendaciones para la prevención de episodios similares en el futuro. Su contenido seguirá una secuencia directa lo más clara y simple posible, especificando si los hechos que se indican han sido probados, y en cualquier caso las fuentes de información.

Exponemos a continuación los APARTADOS A INCLUIR EN EL INFORME de un brote epidémico, apartados que son comunes a los comprendidos en cualquier comunicación de una investigación científica:

1. RESUMEN

La extensión debería limitarse a unas 250 palabras, autoexplicativo, en tiempo pasado, breve y claro, estructurado en 7 apartados (antecedentes, contexto y tiempo de respuesta, participantes, intervención, resultados (coberturas, tasas, curva epidémica...), conclusiones) congruentes con los apartados correspondientes.

Evitar: Comentarios o conclusiones que no corresponden con las del resto del informe. Poca claridad sobre respuesta y el desarrollo de la investigación, no correspondencia de los resultados con las conclusiones. Presencia de demasiados datos numéricos o de abreviaturas.

2.- INTRODUCCION

En ella se describen los motivos por los que se realizó la investigación, se reflejarán los hechos que hicieron sospechar la ocurrencia del brote, quién o quiénes y cuándo lo detectaron y notificaron, cuándo y dónde aparecieron los primeros casos, (Fecha y hora de posible exposición, de los primeros síntomas, de la demanda asistencial, de la comunicación como alerta, de la intervención en SP); así como sus características (Población expuesta, número de casos identificados hasta el momento, especificando cuantos de ellos han sido atendidos en urgencias hospitalarias, ingresados o fallecidos, cuál es la gravedad del cuadro clínico, cuales son los síntomas más destacables).

Igualmente en este apartado se hará referencia a los antecedentes de casos o brotes epidémicos de esa enfermedad en el mismo área geográfica, y las medidas de control y prevención posteriores realizadas en su momento. Complementarlo con ilustración de planos, fotos.. etc.

Detallar la finalidad específica del estudio del brote, planteando la hipótesis epidemiológica si se considera.

3.- CARACTERISTICAS DEL LUGAR

² Resultados de Grupo de Trabajo sobre actualización del Manual de investigación de brotes epidémicos.

Se hará una descripción básica (pero con detalle de aquellos aspectos que tengan relación con la ocurrencia del brote) de la comarca, localidad, barrio o establecimiento (colegio, fábrica, restaurante, hospital, etc.), incluyendo aspectos como características demográfica geográficas, económicas, sociales, saneamiento, medio ambiente, distribución de alimento etc., así como acontecimientos acaecidos con anterioridad a la aparición del brote (ej. riada u otros fenómenos naturales, mayor afluencia de visitantes, averías o repercusiones en saneamiento básico, inicio del curso escolar, fiestas, banquetes, etc.).

4.- METODOLOGIA

En este apartado se incluirán:

- Población de estudio. Diseño de muestra en su caso.
- Definición de caso y control (criterios clínicos y/o epidemiológicos).
- Variables estudiadas (de persona, lugar y tiempo)
- Quién y cómo ha localizado los casos.
- Quién y cómo ha seleccionado los controles.
- Quién realiza la encuesta (Modelo utilizado).
- Metodología de cálculo de curva epidémica (Fecha de inicio de síntomas que es la prioritaria, de diagnóstico, de primera consulta,). Si se puede, calcular el período de incubación o latencia, caracterizando la media, mediana y moda.
- Métodos diagnósticos complementarios (tipo de prueba, método de recogida, transporte y análisis de muestras, otras pruebas complementarias,..)
- En su caso Investigación ambiental y/o alimentaria (Local o establecimiento/s implicados, red de abastecimiento, existencia de fuentes con agua no potable, aguas residuales, procedencia de alimentos sospechosos, etc).
- Diseño epidemiológico utilizado: Método descriptivo. Analítico. Análisis estadístico utilizado.

5.- RESULTADOS

Se incluyen los apartados descriptivo y analítico de la investigación del brote:

Exponerlos en el mismo orden que la sección de métodos. No se deben interpretar o discutir aquí.

Estudio epidemiológico.

- Número de casos, tasas de ataque.
- Clínica: sintomatología, duración, hospitalización, gravedad.
- Epidemiología descriptiva (persona, lugar y tiempo). Cálculo de tasas en su caso (grupos de edad, tipo de población, sexo, etc.). Mecanismo de transmisión, fuente origen del problema y en su caso vehículo.
- Factores de riesgo de exposición.
- Epidemiología analítica (OR, RR, etc.)

Pruebas diagnósticas complementarias: Número de pruebas y resultados

Investigación ambiental y/o alimentaria:

- Inspecciones realizadas y resultados
- Muestras ambientales y/o alimentarias y resultados

6.- DISCUSION (Debe centrarse sobre todo en la intervención y control del brote y limitaciones)

En base a la descripción y análisis de los resultados se estudiarán las distintas hipótesis que pudieran explicar las causas y factores que han condicionado la ocurrencia del brote explicándose el por qué se acepta o rechaza, en su caso, una de ellas.

- Destacar los resultados más importantes
- Limitaciones del estudio e intervención
- Justificación y/o rechazo de las distintas hipótesis planteadas
- Comparación con otros resultados de brotes similares
- Evaluación de las medidas de control del brote
- Necesidad de futuras investigaciones
- Dificultades encontradas en la investigación: (negativa de profesionales a colaborar, de los afectados o familiares, dificultad para disponer de listados de personas para llevar a cabo vacunaciones o profilaxis, dificultades con otras instituciones, no posibilidad de muestras alimentarias, fallos en los circuitos de tomas de muestras, ...).

- Dificultades en la organización de la estrategia y abordaje.
- Repercusiones en la población: alarma social, medios de comunicación, etc.
- Aspectos favorecedores a destacar

7.- CONCLUSIONES

Como culminación de la discusión indicamos las causas o factores que han determinado la ocurrencia del brote.

8.- MEDIDAS DE CONTROL

Se describen las medidas que se han adoptado para el control y la resolución del brote, haciendo una valoración acerca de la utilidad, forma y prontitud con que se indicarán aquellas medidas que a nuestro juicio hubieran sido útiles, pero que no se han tomado, y las dificultades encontradas para su ejecución.

9.- RECOMENDACIONES

Se indicarán las actuaciones que deberían desarrollarse para:

- a) Reducir o eliminar el problema actual, si éste no ha sido definitivamente resuelto.
- b) Prevenir que ocurran problemas similares en el futuro.
- c) Prevenir la ocurrencia de cualquier otro problema no directamente relacionado con el actual, pero puesto de manifiesto a lo largo de la investigación.
- d) Detectar y actuar ante situaciones de este tipo de una forma eficaz y eficiente.

Estas recomendaciones se podrían esquematizar en función del tiempo (corto, medio y largo plazo, transitorias y permanentes) y el colectivo o el colectivo o institución que las deben ejecutar: autoridades e institución sanitaria, corporaciones locales, otros organismos públicos, empresas e instituciones privadas, grupos de población o individuos afectados o que su conducta está relacionada con la ocurrencia del brote.

10.- AGRADECIMIENTOS: Incluir personas participantes en la intervención a las que se les distribuye el informe por no visualizarlo en RedAlerta.

11.- BIBLIOGRAFIA: Se presentarán referencias bibliográficas utilizadas a lo largo de la investigación.

Aspectos a tener en cuenta en la elaboración de los informes en algunos tipos de alerta

HEPATITIS A

- Fecha y hora de posible exposición, de los primeros síntomas, de la demanda asistencial, de la comunicación como alerta, de intervención en SP.
- Definición de caso. Definición de casos: primario, coprimario, secundario...
- Referir instrucciones enviadas a las zonas (toma de muestras para confirmación del agente, vacunación a población susceptible, etc.).
- Mencionar reuniones realizadas y con quien.
- Inmunización realizada. Formas de captación, etc.
- Investigación ambiental y alimentaria. En caso de no hacerla especificar causas.
- Si el brote es en una Zona con Necesidad de Transformación Social debe hacerse una descripción del barrio y de las características socioculturales de la población afectada. Incluyendo un censo de la población expuesta.
- Dificultades encontradas (negativa a colaborar, negativas de los afectados o familiares, fallos en la toma de muestras,...).
- Es importante mapear los casos y presentarlo, ya que puede dar bastante información.
- Medidas adoptadas incluyendo: número de inmunoprofilaxis y de vacunaciones (por edad y sexo).

ENFERMEDADES VACUNABLES Y ENF. MENINGOCÓCICA

- Fechas y horas de los primeros síntomas, de la demanda asistencial, de la comunicación como alerta, de intervención del dispositivo de salud pública.
- Definición de caso. Definición de casos: primario, coprimario, secundario...
- Vacunación y quimioprofilaxis realizada. Formas de captación, etc.
- Estudio de eficacia vacunal si es posible (una clase, centro, etc.).
- Información sobre coberturas vacunales, tipo de vacuna utilizada.
- Toma de muestras (para confirmación del agente, vacunación a población susceptible, etc.)
- Reuniones realizadas. Dificultades encontradas.

TUBERCULOSIS

- Fechas y horas de los primeros síntomas, de la demanda asistencial, de la comunicación como alerta, de intervención en SP.
- Definición de caso. Definición de casos: primario, coprimario, secundario...
- Abordaje del estudio de casos.
- Medidas de control adoptadas.
- Genotipado del bacilo.
- Abordaje en círculos concéntricos del estudio de contactos y resultados del mismo.

- Describir brevemente cómo se realiza el estudio (anillo): quién está en cada círculo (convivientes, colegio, trabajo...).
 - Establecer seguimiento de casos y contactos hasta finalización de tratamiento.
 - En búsqueda de casos y expuestos habría que incluir un cuadro con el nº de convivientes estudiados, mantoux realizados (positivos, negativos, efecto booster). Recoger los datos de RX, BK y cultivo.
 - Incluir en el informe el nº de reuniones informativas/organizativas.
 - Recoger los centros de salud implicados en el estudio, y la implicación de varias ZBS e incluso Distritos Sanitarios.
 - Dificultades encontradas.
-

LEGIONELOSIS

- Fechas y horas de los primeros síntomas, de la demanda asistencial, de la comunicación como alerta, de intervención en SP.
 - Definición de caso.
 - Georreferenciación del caso.
 - Referenciación de instalaciones de riesgo.
 - Estudio de concordancia analítica de las muestras ambientales y biológicas. Importante informar a los hospitales de la necesidad de tomar muestras para cultivo, ya que generalmente el diagnóstico se basa solo en la antigenuria.
-

BROTE POR EXPOSICIÓN A TÓXICO

- Fechas y horas de los primeros síntomas, de la demanda asistencial, de la comunicación como alerta, de intervención en SP.
- Inspección del lugar.
- Población receptora y control de exposición.
- Descripción del tóxico. Perfil toxicológico. Antecedentes.
- Ruta de exposición al tóxico: fuente, medios afectados y mecanismo de transmisión, punto de exposición, vía de exposición.
- Analíticas realizadas para conocer el tóxico.
- Medidas de control adoptadas. Dificultades encontradas.

ANEXO 4: Tipos de alertas epidemiológicas por brote o clúster en 2018 y periodo 2013–2018

TIPO DE ALERTA	Nº ALERTAS						% alertas 2018
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
No confirmada	7	17	3	28	23	23	3,46
TIA	130	171	187	263	260	221	33,28
Brucelosis	2	3	0	0	2	0	0,00
GEI	33	35	42	61	67	57	8,58
Gripe	1	1	4	2	7	4	0,60
Origen hídrico	1	3	7	2	3	1	0,15
Hepatitis A	19	16	12	38	92	47	7,08
Legionelosis	6	8	9	2	6	7	1,05
Tuberculosis	41	59	56	47	37	43	6,48
Infección nosocomial	19	47	45	42	47	40	6,02
Meningitis linfocitaria	3	4	2	2	0	0	0,00
Enfermedad meningocócica	0	0	0	0	1	0	0,00
Varicela	4	7	8	5	3	15	2,26
Escarlatina	1	1	4	1	2	0	0,00
Sarampión	0	0	3	0	5	1	0,15
Hepatitis B	-	-	-	1	1	2	0,30
Parotiditis	22	3	5	9	47	48	7,23
Tos Ferina	15	12	51	67	6	26	3,92
Enfermedad neumocócica invasora	-	-	-	-	1	0	0,00
Exposición a tóxicos	6	6	9	3	5	8¹	1,20
Conjuntivitis	3	1	3	3	2	3	0,45
Infestación	12	29	27	37	54	93²	14,01
Giardiasis	-	-	-	-	2	8	1,20
Clúster	-	-	-	-	5	1	0,15
Otras causas	18	31	18	15	13	16³	2,41
Total	341	452	495	632	691	664	100,00

Fuente: SVEA (RedAlerta).

¹exposición a tóxicos: monóxido de carbono (1 alerta), plaguicidas (3), sulfuro de hidrógeno o sulfuro de hidrógeno y peróxido de hidrógeno y/o permanganato potásico (1), cloro (1), dinoflagelados (1), metadona (1).

²infestación: escabiosis (92), chinches (1).

³otras causas: enfermedad intestinal de origen desconocido (1), reacción alérgica cutánea a gusanos de procesionaria del pino (1), enfermedad boca-mano-pie (3), infección respiratoria aguda (1), neumonía (3), fiebre Q (1), impétigo (1), listeriosis (1), dermatofitosis (2), encefalitis por enterovirus (1), queratitis (1).

ANEXO 5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE ALERTAS

1. INDICADORES DEL CONTRATO – PROGRAMA CONSEJERIA CON SAS

Los indicadores serán los establecidos cada año.

2. INDICADORES DE EVALUACION INTERNOS

A: Indicador Ponderado. Criterios utilizados

(A) Indicadores sobre Sensibilidad en la detección

(B) Indicadores sobre Calidad de la Intervención

(C) Indicador sobre Comunicación de actuaciones

- (A) Tasa de alertas (x 100.000 hab.) por provincia
- (B) Alertas con demora de intervención < 2 días
- (B) Porcentaje de brotes de TIA con confirmación de agente o alimento
- (B) Calidad de la intervención realizada y de los informes finales de alerta
- (C) Porcentaje de alertas investigadas y con informe final

B: Indicador ponderado de evaluación de los informes finales de alerta y de la intervención realizada ante la alerta por provincia.

- Existencia de resumen inicial en el informe.	0,50
- Detección temprana del brote (en función del proceso) tras inicio de síntomas. Valorar solo patologías con periodos de incubación cortos.	0.50
- Intervención temprana tras la detección de la alerta.	1,00
- Existencia de definición de caso apropiada (tiempo, lugar y persona).	0.50
- Búsqueda de casos y de expuestos de forma sistemática.	1,25
- Investigación realizada, según tipo de alerta.	2,50
- Determinación de agente, fuente, modo de transmisión.	1,50
- Adopción de medidas de control y / o prevención futura.	1,25
- Existencia de conclusiones (0,5) /Recomendaciones adecuadas (0,5).	1,00

Este indicador se ha aplicado en diferentes años, no de forma continuada

ANEXO 6. CARACTERIZACIÓN DE ALGUNAS ALERTAS SEGÚN CAUSA.

Podemos citar entre **posibles causas de alertas**, las siguientes situaciones, algunas de ellas asimilables a brotes epidémicos clásicos, pero otras no, comentamos también algunas características de las mismas:

ALARMA SOCIAL: Hay circunstancias que la generan, de forma justificada o no, con frecuencia se recogen en los medios de comunicación, y en pocas horas pueden precisar de una intervención de la autoridad sanitaria. Ej.: sospecha de brote de meningitis en centro escolar.

AGREGACIÓN TEMPORO-ESPACIAL O CLUSTER: Agregación de casos en tiempo o espacio, hay que buscar una posible causa común, lo que lo transformaría en brote epidémico.

AGREGACION DE DEFUNCIONES. Debe valorarse si existen implicaciones de salud pública que supongan riesgo colectivo por las causas de las muertes producidas. Ej. muerte por toxi-infección alimentaria, intoxicación por plaguicidas.

CAMBIOS MEDIOAMBIENTALES: La industrialización y los cambios en el medio que nos rodea: contaminación ambiental, olas de calor.

INTOXICACION POR PLAGUICIDAS Y OTRAS SUBSTANCIAS: Los plaguicidas pueden contaminar alimentos y estos ser distribuidos, consumidos o robados aún en cultivo. La causa más frecuente es la exposición laboral. En todos los casos puede haber implicaciones colectivas. Otras posibles causas de brotes por intoxicación relativamente frecuentes son a) aspiración de exceso de cloro en piscinas, b) inhalación de monóxido de carbono por braseros domésticos, inhalación de amoníaco industrial, etc. En cualquier intoxicación individual hay que descartar la afectación de más personas. En el anexo 14 se describen someramente las fases de la evaluación a realizar ante un incidente de esta naturaleza.

TOXI-INFECCION ALIMENTARIA (TIA):

I. TRAS CONSUMO EN ESTABLECIMIENTO PUBLICO, ALIMENTO COMERCIALIZADO:

Ante cuadros clínicos asimilables a TIA, se debe preguntar por el consumo de alimentos en las últimas 24 - 36 horas, si pudiera estar implicado un establecimiento público de consumo o distribución de alimentos, en caso afirmativo hay que tomar muestras y realizar encuestas epidemiológicas para determinar el alimento implicado e inmovilizarlo si procede. Además podrían existir otros afectados, a los cuales hay que localizar. Se valorará a efectos de la intervención la gravedad clínica de los casos.

II. TIA EN ROMERIAS, FIESTAS O FERIAS. Puede existir afectación de muchas personas. Debe realizarse la encuesta epidemiológica de inmediato.

III: TIA DE AMBITO DOMICILIARIO. Es importante que se recojan muestras inmediatamente o se conserven adecuadamente hasta el día siguiente. Si se acumulan brotes domiciliarios en el mismo ámbito, debe sospecharse la implicación de un alimento comercializado o un establecimiento de restauración.

BROTE DE GASTROENTERITIS

I. CON POSIBLE ORIGEN COMUN (HIDRICO O TIA). Ante un acúmulo de casos de gastroenteritis de forma dispersa en una población, o en una barriada, debe descartarse una enfermedad de transmisión hídrica de fuente común: problema en la red de abastecimiento de aguas, fuentes de agua, pozos, etc. O un proceso de TIA

II. EN UNA INSTITUCION CERRADA O AMBITO DOMICILIAR. Hay que descartar el origen común o la transmisión persona a persona, para ello, aparte de la toma de muestras se analizan las características de la curva epidémica (ver más adelante).

BRUCELOSIS. Debe descartarse transmisión por consumo y distribución de lácteos o derivados, de la infección humana directa transmitida por ganado, que suele ser de origen laboral.

LEGIONELOSIS.: Ante la aparición de más de un caso, debe investigarse con rapidez la posibilidad de fuente común (generalmente aerosoles de agua en sistemas grandes –torres- de refrigeración). Otras posibles fuentes de mucha menor frecuencia son balnearios, spas, lavaderos de coches, obras con apertura de tuberías, riego por aspersión, etc.

LESION POR ANIMAL. POSIBILIDAD DE TRANSMISION DE RABIA. Generalmente perro o murciélago. Tras la mordedura del animal, prevención en el humano, y si es factible realizar observación del animal. En nuestro medio solo da positivo a veces el murciélago.

ENFERMEDAD MENINGOCOCICA B, C. Ante la aparición de un caso deben tomarse rápidamente medidas de prevención (quimioprofilaxis) de contactos íntimos. Brote según protocolo. Valorar la posibilidad de inmunización de colectivos. Valorar en caso de C la posibilidad de fallo vacunal.

BROTE POR INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS). Más frecuentes de lo que se supone, en especial deben ser vigilados los ocasionados por germen multirresistentes.

SOSPECHA DE ENFERMEDAD IMPORTADA: (Paludismo, Fiebre amarilla, Cólera, Difteria, Chinkungunya, V West Nile, Encefalitis transmitidas por garrapatas, Dengue, Chagas). Un elemento importante a tener en cuenta es realizar la anamnesis adecuada para valorar si el caso pudiera ser de transmisión autóctona

ENFERMEDAD SUSCEPTIBLE DE VACUNACIÓN: SARAMPION, RUBEOLA, PAROTIDITIS. Valorar la posibilidad de fallos vacunales, y de tomar medidas poblacionales.

REACCION POST-VACUNAL GRAVE. Requiere investigar si existen más afectados e inmovilizar el lote vacunal si procede.

ACCIDENTE MEDIOAMBIENTAL. Ejemplos: escape de gases, vertidos tóxicos, contaminación masiva de aguas. Requiere investigación sobre existencia de posibles afectados, investigación de las rutas de posible exposición humana al tóxico (aire, aguas superficiales, acuíferos, suelo)

ANEXO 7. DATOS BÁSICOS A RECOGER EN LA INVESTIGACIÓN DE LA ALERTA. CUESTIONES A TENER EN CUENTA.

PASOS EN LA INVESTIGACIÓN DE BROTES EPIDÉMICOS³

Señalamos esquemáticamente los pasos a seguir en la investigación de brotes epidémicos, que no son rígidos en el planteamiento o en el orden, y deberían adaptarse a cada brote y su gravedad.

1. Establecer la existencia del brote. Verificar el diagnóstico.
2. Definir el responsable de investigar el brote, composición del equipo, y en su caso el portavoz ante los medios y la población.
3. Planificación de toma de muestras clínicas y medioambientales. Diseño de un cuestionario. Establecer una definición inicial de caso.
4. Confirmación del brote. Contar los casos existentes hasta el momento, de forma sistemática, analizando toda la población objeto. Búsqueda activa de otros casos.
5. Describir los datos en términos de tiempo, lugar y persona. Determinar quién está a riesgo de enfermar. Generar hipótesis que expliquen: al agente, la fuente, el modelo de transmisión, la duración.
6. Probar la hipótesis cuando sea posible. En caso negativo reconsiderarla. Refinar el denominador y el numerador (casos y población objeto)
7. Tomar o recomendar medidas de control y prevención. (Con frecuencia las medidas de control y prevención se deben adoptar nada más empezar la investigación, si hay una hipótesis lo suficientemente sólida). Establecer Conclusiones
8. Escribir los hallazgos (informe provisional y final) y remitirlos urgentemente a quien proceda. Difundir los informes para facilitar el desarrollo de la investigación en el futuro.

En caso de brote, los datos se registrarán según las variables clásicas epidemiológicas, para que su recogida y análisis sean lo más sencillo y operativo posible.

Persona: población expuesta, número de casos, datos de identificación, profesión, exposiciones de riesgo, residencia, características de los síntomas, evolución, fallecimientos, datos de demanda asistencial (número de ingresos, traslados a otros hospitales), antecedentes relacionados con la alerta.

Lugar: domicilio y teléfono, persona de contacto, entidad o barriada, municipio, distrito, datos del establecimiento, domicilio, lugar de trabajo o exposición de riesgo, datos poblacionales si procede (datos del colectivo, fabricas, instituciones).

Tiempo: fecha y hora de exposición, fecha y hora de inicio de los síntomas del caso o casos, tiempo medio de inicio de síntomas, fecha y hora de demanda asistencial, fecha y hora de comunicación de la alerta.

Antecedentes: episodios anteriores o aspectos previos a considerar en la alerta.

Resultados de laboratorio

Otros datos: datos del declarante, existencia de casos en varios municipios, distritos y/o provincias.

Actuaciones realizadas: que se han realizado ya o se pretende realizar (tanto desde epidemiología como desde otras áreas), valoración de alarma social y de la necesidad de comunicados a la prensa. Existencia de informe final. Remisión a procedimiento.

³ Extraído de Manual de Alertas epidémicas. Curso de Experto Universitario en Epidemiología y Nuevas Tecnologías Aplicadas. J Guillen et al. UNED 2015.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

¿Dónde ha ocurrido la alerta?

- . Municipio, barriada, colectivo, establecimiento etc.
- . ¿Afecta a toda la población o un barrio o zona, o afecta a algún colectivo, institución, establecimiento o familia?.
- . Nombre del colectivo o establecimiento.

¿Cuándo ha ocurrido?

- . Fecha y hora de posible exposición, de los primeros síntomas, de la demanda asistencial, de la comunicación como alerta, de la intervención del SASP.

¿Quiénes son los afectados?

- . Población expuesta.
- . Número de casos identificados hasta el momento, especificando cuantos de ellos han sido atendidos en urgencias hospitalarias, ingresados o fallecidos.
- . ¿Se espera que aumente el número de casos?.
- . ¿Puede haber casos en otros sitios?.
- . ¿Hay que buscarlos en otras provincias?.
- . ¿Cuál es la gravedad del cuadro clínico?.
- . ¿Cuales son los síntomas más destacables?.

¿Quién tiene información?

- . Quién declaró la alerta, en que centro sanitario u otra institución trabaja, y su teléfono.
- . Quién nos informa a nosotros, y teléfono de contacto.
- . Quiénes realizan la intervención y teléfono de contacto.
- . ¿Está previsto que alguien hable con los medios?.
- . ¿Está previsto informar al nivel superior?.

¿Qué se ha hecho o se pretende hacer?

¿Es preciso desplazarse al lugar?

CUESTIONES DE ORGANIZACIÓN ANTE LA ALERTA

- . Comprobar que existe responsable de la investigación de la alerta y de la comunicación (caso de posible alarma social) con medios de comunicación, y con la población (no deben coincidir).
- . La persona de contacto con nosotros. ¿Es la adecuada?.
- . Establecer contactos existentes. Listado de números de teléfonos de contacto necesarios.
- . Composición y funciones de las personas del equipo de investigación actuante. ¿Hace falta más apoyo a este equipo?: conseguirlo.
- . Valorar la alarma social existente.
- . Es recomendable buscar una segunda fuente de información en el propio lugar de la investigación.
- . Comunicar a: Jefe de Servicio, y a las unidades implicadas: ambiental, alimentaria, programas, SAS.
- . Fuera del horario laboral: Decidir si se contacta con el nivel superior

ACTUACION EN BROTES EPIDÉMICOS

- . Establecer la existencia del brote. ¿Hay enfermos realmente?. Si no los hay, ¿existe al menos exposición de personas a algún riesgo?
- . Establecer el número de personas expuestas.
- . Si es toxi-infección alimentaria en establecimiento público: ¿Se tiene la lista del menú?, ¿y la lista de comensales expuestos?
- . Verificar el diagnóstico.
- . Toma de muestras biológicas, alimentarias, hídricas o del medio. ¿Se realizan correctamente?. ¿Por qué no hay muestras?: exigir las. Asegurar envío al laboratorio de referencia.
- . Dónde están siendo atendidos los enfermos. ¿Los clínicos verifican el diagnóstico?.
- . ¿Hay problemas de falta de atención sanitaria?. ¿Hay que derivar a los enfermos?
- . ¿Se ha creado una base de datos?. Base de datos única para casos y controles.
- . ¿Hay definición de caso para el **trabajo de campo**?
- . ¿Están todos los casos posibles?. No dejar sin analizar partes de la población objeto.
- . ¿Hay descripción de casos en términos de tiempo, lugar y persona?.
- . ¿Se realiza un estudio caso - control?. ¿Por qué no?. ¿Se llega a conclusión de alimento o causa concreta?. ¿Se basa en cálculo de OR?.
- . ¿Se ha determinado quién está a riesgo de enfermar?.
- . ¿Se ha realizado inspección del establecimiento implicado?. ¿Son necesarias medidas cautelares?
- . ¿Hay que inmovilizar algún alimento comercializado?. ¿Hay que buscarlo en más sitios?
- . ¿Están en marcha medidas de control y prevención de la población expuesta?.
- . ¿Hay hipótesis sobre la exposición, el agente, la fuente, el modo de transmisión, la duración?.
- . ¿Se ha probado la hipótesis?, En caso negativo, ¿hay hipótesis alternativas?.
- . ¿Hay necesidad de estudio para refinar el denominador y el numerador (Casos y población objeto)?.

ANEXO 8. INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS ESPECIFICOS PARA ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS, EN CASO NECESARIO

A.- CONCEPTO DE ALERTA (SEGÚN CADA CAUSA)

- Definir para la enfermedad o problema de salud específico de que se trate, qué es una alerta. (Es preciso tener en cuenta, que en ocasiones un caso es alerta según características concretas: ámbito de ocurrencia, etc.).
- Expresar los distintos ámbitos de ocurrencia o situaciones diferenciales a tener en cuenta: Ej.: legionelosis nosocomial, en hotel... TIA por alimento comercializado, domiciliario, en establecimiento de zona turística. Tuberculosis en guardería o familiar. Brote de enfermedad con transmisión hídrica de ámbito poblacional...
- Definición de caso y sus tipos (probable, confirmado, etc.)

B.- DETECCIÓN DE ALERTA

- Mecanismos por los que se puede identificar la alerta de la enfermedad o problema específico: quién, dónde y cómo.
- Identificar los posibles proveedores de información.
- Identificar actuaciones para aumentar la sensibilidad y detectar lo antes posible.

C.- COMUNICACIÓN

- Especificar los criterios de comunicación (EPES- Delegación, técnico a Jefe de Servicio, a otras unidades de la DP, a la DG, etc.), internos de SVEA, a otras Unidades de la Consejería - SAS (Ejemplo: Salud Ambiental), o otros organismos (Agricultura, CNE, etc.)
- Especificar en que situaciones es preciso la Comunicación Urgente a la red asistencial, y quién lo autoriza.

D.- DIAGNÓSTICO DE ALERTA

- Actuaciones para confirmar la alerta (sospecha inicialmente).
- Si es caso único, confirmación diagnóstica del mismo (especificar los criterios diagnósticos de los protocolos de CNE), si es brote, confirmación de existencia de brote.
- Tipo de muestras a tomar. Envío a laboratorios.

E.- ORGANIZACIÓN DE RECURSOS

- Quiénes participan en la intervención: qué nivel de la red, qué unidad (epidemiología, veterinaria, ambiental). Otros organismos: (Ayuntamiento, nivel central)...
- Qué funciones tendrían.

F.- MEDIDAS DE AISLAMIENTO O DE PROTECCIÓN

- Medidas de aislamiento.
- Medidas cautelares en establecimientos, alimentos, intervención judicial, expediente administrativo....
- Quimioprofilaxis e Inmunización: situaciones en los que están indicadas, y en su caso, dosis y vía de administración.
- Tratamiento específico.
- Otras medidas.

G.- BÚSQUEDA ACTIVA DE MÁS CASOS

- Medidas a tomar, tanto en el entorno inmediato (búsqueda, investigación de foco...), como aviso a la red de vigilancia o EPES para búsqueda activa en la red asistencial.
- Definir si se buscan casos clínicos o diagnósticos de laboratorio.

H.- INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES

- Investigación de la fuente de infección, factor de riesgo, posibles lugares de exposición, etc., de acuerdo con la encuesta epidemiológica.
- Modelo de encuesta más adecuado.

I.- FINALIZACIÓN DE LA ALERTA

- Indicar cuándo y criterios para considerarla finalizada.
- ¿Requerimiento de informe provisional?. Plazo. Con qué información

J.- MEDIDAS DE CONTROL O PREVENCIÓN A POSTERIORI DE ALERTAS POR LA MISMA CAUSA

- Primeras acciones a tomar de inmediato tras la comunicación de la alerta.
- ¿Cómo puede evitarse la repetición en el mismo ámbito geográfico y/o poblacional?.
- ¿Cómo puede evitarse la repetición de situaciones de alerta similares en otros ámbitos.
- ¿Pueden encuadrarse estas medidas o recomendaciones en algún programa establecido del SSPA o de otros organismos?.
- Según la experiencia de resolución de estas alertas:
- Errores más frecuentes que se cometen en la intervención. ¿Qué suele fallar?. Problemas de coordinación entre unidades.

K.- RECOMENDACIONES

Errores más frecuentes que se cometen en la intervención. Qué suele fallar. Problemas de coordinación.

- Primeras acciones a tomar de inmediato tras la comunicación de la alerta.

L.- BIBLIOGRAFÍA DE AYUDA

- Poner además las direcciones de Internet básicas para la enfermedad y la actuación ante sus brotes.

ANEXOS

- Modelo de encuesta para la recogida de la información.
- Otros documentos de ayuda.

BIBLIOGRAFÍA COMÚN A CONSULTAR

- Protocolos de vigilancia del C.N.E., CCAES y de la red de vigilancia europea.
- Libros sobre control de las enfermedades transmisibles
- Si no hay protocolo de vigilancia nacional, ver Definiciones de caso de ECDC y OMS.
- Informes de alertas.

ANEXO 9: FOLLETO SOBRE ATENCION CONTINUADA A LAS ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS PARA LAS CONSULTAS .

SE ADJUNTA MODELO EN PDF



Folleto Alertas.pdf

ANEXO 10. COORDINACION EPES - RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA CANALIZACION DE LLAMADAS POR ALERTAS EN SALUD PUBLICA FUERA DEL HORARIO LABORAL

NORMATIVA Y ÁMBITO

Según lo establecido en el artº 5.7 de la Orden de la Consejería de Salud de 19/12/96 que desarrolla el Decreto 66/1966, sobre constitución del Sistema Andaluz de Vigilancia Epidemiológica, la EPES, a través del Centro de Coordinación, canalizará la declaración urgente (alertas en salud pública: casos de enfermedades urgentes, brotes y riesgos para la SP) que tengan lugar fuera del horario laboral normal (entre las 15 a 8 horas, fines de semana y festivos).

Desde la posición como autoridad pública de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPOF), se debe asegurar en todo momento una correcta recepción y atención de aquellas situaciones que se establecen como alerta en el Decreto mencionado:

- * Brotes epidémicos de cualquier naturaleza.
- * Aparición súbita de riesgos a la salud pública que requieran intervención inmediata.
- * Existencia de enfermedades de notificación urgente

EPES permite un funcionamiento de 24 horas, a través de un teléfono provincial único, atendido por personal preparado para priorizar gravedad. La decisión sobre la canalización de la alerta la tomará un médico coordinador. También permite localizar telefónicamente a posibles afectados por un proceso a través de la búsqueda activa en centros sanitarios, o a tributarios de medidas preventivas: quimioprofilaxis...

En definitiva el objetivo principal de la medida es asegurar que pueda comunicarse una alerta de salud pública en cualquier momento, y que la red de vigilancia tenga posibilidad de responder, en caso necesario, a cualquier día y hora.

NORMAS DE COORDINACION

- Es conveniente conocer el directorio y organigrama del centro coordinador provincial de EPES y que exista una agenda de contactos preferentes en la provincia, correspondientes tanto a los servicios sanitarios del SSPA (DCCU de atención primaria, jefes y supervisores de guardia de hospitales, servicios de Farmacia Hospitalarios, Direcciones Médicas, Gerencias de Distritos...), como de centros sanitarios privado y otros organismos o instituciones (Educación, Ayuntamientos, protección civil...) para realizar esas funciones de apoyo.
- Los epidemiólogos del sistema de alertas fuera del horario laboral deben ser informados y conocer el funcionamiento de este protocolo a nivel provincial.
- La EPES facilitará un número de teléfono único provincial y asegurará que un médico tome las decisiones de derivación sobre la llamada de alerta que reciba.
- La pertinencia de la derivación inmediata o no de la alerta será decisión del jefe de sala del 061, y en caso de derivación inmediata decidirá sobre localización del nivel local o provincial, en función de la gravedad y/o extensión del problema.
- Dicho número se dará a conocer a través de la Delegación de salud a Distritos, centros sanitarios y servicios de urgencias de todo tipo, públicos y privados, y donde además se considere en cada provincia. Para ello se editarán pegatinas o carteles con el número de teléfono, referencia normativa y tipos de alertas a declarar, para colocar en los puntos indicados.
- La Delegación Territorial actualizará un listado de los teléfonos de cada Distrito u Hospital dedicados a la resolución de alertas fuera del horario laboral; y se responsabilizará de que ningún Distrito quede fuera de este sistema, de que todos los servicios lo conozcan, y de comunicar de inmediato al 061 y al SVSL de la DGSPOF los cambios que se produzcan en estos teléfonos.
- En cada provincia habrá coordinación directa entre el jefe de servicio de salud, sector de vigilancia epidemiológica y el director y/o jefes de sala o médicos responsables del 061; para discusión del protocolo de derivaciones, resolución de problemas surgidos, difusión del teléfono único y evaluación de actuaciones realizadas. La reunión tendrá como mínimo carácter semestral
- En caso de llamadas al Centro Coordinador en horario laboral normal, se remitirán automáticamente al Distrito o delegación según la procedencia de las mismas.
- En el Centro Coordinador se hará un registro de cada llamada por alerta, remitiéndolo al día siguiente hábil a la Delegación de Salud mediante fax a la unidad de vigilancia epidemiológica.

- En general las actuaciones de la EPES respecto a alertas fuera del horario laboral se basarán en los criterios siguientes sobre priorización de las alertas, y de lo tratado en las reuniones con la unidad de vigilancia provincial.

SITUACIONES SUSCEPTIBLES DE INTERVENCION

Este es un documento revisable y **a consensuar a nivel provincial** entre la EPES y la DT, que facilita la decisión del médico del 061 sobre la derivación inmediata de la llamada de alerta. Sirve de base a las reuniones necesarias para coordinación provincial entre la Unidad de Epidemiología y el EPES.

Por la dinámica de funcionamiento de EPES se precisa un listado priorizado de este tipo, que pueda informatizarse y que recoja criterios de gravedad del proceso, su importancia a efectos de la salud colectiva, y la necesidad de la intervención inmediata o no.

No cubre todas las situaciones posibles, pero sí las más frecuentes. Se recomienda a EPES disponer de los protocolos de actuación ante enfermedades de la Red de Vigilancia y de manuales de control de enfermedades transmisibles para orientación.

Se señalan situaciones de **posibles alertas en las que intervendría EPES**

- **CATASTROFES.** Suele haber protocolos conjuntos de varias Administraciones
- **ACÚMULO DE DEFUNCIONES.** Caso de sospechar implicaciones de salud pública que supongan riesgo colectivo por las causas de las muertes producidas. Ej. muerte por toxi - infección alimentaria, intoxicación por plaguicidas.
- **ALARMA SOCIAL.** Situaciones que generan alarma social, justificada o no, con frecuencia recogidas en medios de comunicación, y que pueden precisar de una intervención rápida de la autoridad sanitaria. Ej.: sospecha de emisiones tóxicas en una fábrica, sospechas de meningitis.
- **INTOXICACION POR PLAGUICIDAS.** Los plaguicidas pueden contaminar alimentos y éstos ser distribuidos, consumidos o robados (Ej.: robo de verduras aún en cultivo). La causa puede ser también laboral. En todos los casos puede haber implicaciones colectivas.
- **BROTE POR ENFERMEDAD DE TRANSMISION ALIMENTARIA:**
 - **BROTE TRAS CONSUMO EN ESTABLECIMIENTO PUBLICO:** (Bar, hotel, restaurante, asador, pastelería, catering, comedores de empresa, comedores de colegio, de Hospital, de residencia de cualquier tipo...).
 - **BROTOS DE TIA EN ROMERIAS, FIESTAS O FERIAS.**
 - **TIA POR ALIMENTO COMERCIALIZADO.**
 - **TIA POR ALIMENTO DISTRIBUIDO.**
 - **IRREGULARIDADES GRAVES EN ALIMENTOS COMERCIALIZADOS.**
 - **ACUMULO DE BROTES DE TIA DOMICILIARIOS:** Puede sospecharse la implicación de un alimento comercializado o un establecimiento de restauración.
 - **TIA POR TRIQUINOSIS:** Suele presentarse tras consumo de carne de jabalí. Debe valorarse en la aparición de más casos y la necesidad de inmovilizar el alimento.
 - **TIA POR BOTULISMO:** Puede deberse a consumo de conservas vegetales de elaboración doméstica o comercial (menos frecuente). Debe descartarse esto último con rapidez.
 - **TIA POR BRUCELOSIS:**
 - Si se sospecha transmisión por consumo de lácteos o derivados.
 - Si se sospecha transmisión por contacto con animal (U2)
 - **TIA DE AMBITO DOMICILIARIO:** Es importante que se recojan muestras inmediatamente o se conserven adecuadamente hasta el día siguiente.

Ante cuadros clínicos asimilables a TIA, se debe preguntar por el consumo de alimentos en las últimas 24 - 36 horas, si puede estar implicado un establecimiento público de consumo o distribución de alimentos, ya que en caso afirmativo hay que tomar muestras (alimentos, agua, enfermos...) y realizar encuestas epidemiológicas para determinar el alimento implicado e inmovilizarlo si procede. Además podrían existir otros afectados, a los cuales hay que localizar.

En caso de que no se efectúe intervención inmediata se recomendará a los sanitarios implicados o a la familia, establecimiento público, o institución afectada en el proceso, que se realice toma de muestras o al menos la conservación adecuada de los alimentos o sustancias implicadas hasta el momento oportuno.

▪ **BROTE DE GASTROENTERITIS CON POSIBLE ORIGEN COMUN (HIDRICO):**

Ante una agregación de casos de gastroenteritis de forma dispersa en una población, barriada, Residencia, ... debe descartarse una enfermedad de transmisión hídrica de fuente común: problema en la red de abastecimiento de agua, fuentes de agua, pozos, aljibe, etc.

▪ **LEGIONELOSIS:**

Ante la aparición de un caso debe investigarse con rapidez la posibilidad de fuente común: nosocomial, hoteles, balnearios, etc... (generalmente por aerosoles de agua en aparatos de aire acondicionado grandes).

▪ **ENFERMEDAD MENINGOCOCICA:**

Ante la aparición de un caso deben tomarse rápidamente medidas de prevención (quimioprofilaxis) de contactos íntimos.

▪ **SOSPECHA DE COLERA, DIFTERIA, POLIO, CUALQUIER ENF. DE DECLARACION URGENTE.**

▪ **REACCION POSVACUNAL GRAVE:**

Requiere investigar si existen más afectados e inmovilizar si procede el lote vacunal.

▪ **LESION POR ANIMAL: POSIBILIDAD DE TRANSMISION DE RABIA.**

Valoración de mordeduras que requerirán profilaxis postexposición: murciélagos, lesiones fuera del territorio peninsular, animales sintomáticos. Facilitar la comunicación con el servicio de Farmacia del Hospital de referencia para profilaxis postexposición.

▪ **ACCIDENTE MEDIOAMBIENTAL:** Escape de gases, vertidos tóxicos, contaminación masiva de aguas... Requiere investigación sobre posibles afectados y/o expuestos.

▪ **INTOXICACION INDETERMINADA. INTOX. POR CO/GAS BUTANO:**

En cualquier intoxicación individual hay que descartar la afectación de más personas.

▪ **TETANOS:** No requiere intervención inmediata del servicio de SP, sí la realización de protección individual.

▪ **SARAMPION, RUBEOLA.**

MODELO PARA EPES DE FICHA DE RECOGIDA INICIAL DE DATOS DE UNA ALERTA EN SP.

FECHA/...../..... **HORA** (0-24)

NOTIFICADO POR (nombre, apellidos)

CENTRO **LOCALIDAD**

TFNOS DE CONTACTO: (nº tfno / médico, enfermo o familiar, instalación implicada)

EXPOSICIÓN DE LA ALERTA (descripción del problema: ¿qué está pasando? ¿desde cuando? ¿a que lo atribuyen?):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ORIGEN DEL PROBLEMA SANITARIO (Establecimiento público, colectivo, domicilio, alimentos, agua, escape gas, residuos,...)

NOMBRE DEL LUGAR

DIRECCIÓN:

MUNICIPIO:

NUMERO PROBABLE DE EXPUESTOS:

NUMERO DE ENFERMOS:

NUMERO HOSPITALIZADOS:

HOSPITAL (nombre):

SERVICIO HOSPITALARIO:

FECHA DE INGRESO:/...../..... **HORA**

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....

COMUNICADO A:

UTILIZACIÓN DEL APOYO DEL 112 ANTE UNA ALERTA

LOCALIZACIÓN DE RESPONSABLES FUERA DEL HORARIO LABORAL:

En el caso de una enfermedad meningocócica o cualquier otra patología en la que tengamos que localizar un responsable, Director de Colegio, profesor o tutor, una vez obtenida la información básica (que dé la familia, compañeros, el propio médico, etc), si no se ha podido localizar a nadie, se llama al 112.

En ese momento el operador/a (al igual que el 061) intentará pedir datos para saber qué intervención se requiere. En ese caso nos identificamos como componentes del equipo de atención continuada, se pide hablar con el Coordinador de Sala para, por ejemplo, localizar al tutor o persona necesaria del curso del colegio correspondiente.

Normalmente el 112 tiene un contacto en Educación que se encarga de localizarlos y si no, pueden llegar a llamar a la policía local para que localice a quien sea a cualquier hora.

Es muy importante transmitir al Coordinador de Sala que sólo queremos contactar y que las instrucciones las damos nosotros, ya que este personal es muy activo y a veces se adelantan con la información.

LOCALIZACIÓN DE CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

En el caso de que se produzca cualquier situación anómala, tipo “necesidad de que el compañero/a de protección quiera hacer una inspección y tenga dificultades, localizar al dueño, que no le dejen entrar, etc”, en ese caso se llama al 112 y se le explica la situación. En un rato se presenta la Policía local, Nacional, Guardia Civil... según el caso.

Siempre a través del Coordinador de Sala.

ACOMPAÑAMIENTO EN ZONAS CONFLICTIVAS

Al igual que cualquier otro sanitario, en el caso de que se precise intervenir en una zona conflictiva donde no nos sintamos seguros, se puede solicitar la colaboración de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado al igual que en el caso anterior.

Igualmente sólo hay que explicarlo detalladamente el Coordinador de Sala.

En general siempre que se considere necesaria la utilización de cualquier dispositivo, bomberos, localización de cualquier responsable político-social, etc, se puede contar con el apoyo del 112.

A continuación se expone el caso concreto del ingreso involuntario de un tuberculoso bacilífero que se niega al tratamiento.

**PROCEDIMIENTO ANTE UN INGRESO HOSPITALARIO INVOLUNTARIO POR RIESGO
PARA LA SALUD PÚBLICA**

(ESTA INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA SOLICITAR COLABORACIÓN AL 112)

Requisitos previos que deben estar en poder del facultativo/epidemiólogo solicitante:

- 1.- Informe elaborado por el Facultativo solicitando el ingreso involuntario justificando el Riesgo para la Salud Pública
- 2.- Resolución de la Autoridad Sanitaria (Delegado/a Territorial) ordenando el ingreso, comunicar a los interesados y solicitar la ratificación judicial. Remisión al Juzgado de lo Contencioso Administrativo.
- 3.- Auto de ratificación judicial comunicando la resolución al juzgado de lo contencioso administrativo

Datos obligatorios que ha de poseer el facultativo/epidemiólogo solicitantes antes de llamar al 112:

ID de la Alerta en Salud Pública:

Fecha:

Nombre del afectado/a:

Domicilio: datos actuales, pasados o cualquier otra información válida

Otros lugares de localización (especificar) _____

Teléfono del afectado (si tuviese)

Otros teléfonos de contacto: Especificar nombre y relación con el afectado: _____

Servicio Hospitalario donde será derivado:

Hospital:

Servicio (UGC):

En horario laboral se informa al servicio que se determine contactando con médico responsable previamente para que sepa que va a llegar.

Fuera del horario laboral: Se contactará con el jefe de la guardia del hospital para que se responsabilice del ingreso.

Facultativo responsable:

PARA LOCALIZAR A LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO QUE ACOMPAÑARÁN AL AFECTADO/A HASTA EL SERVICIO HOSPITALARIO LLAMAR AL TELÉFONO 112 CON COPIA DE TODO ESTE CUESTIONARIO.