



TLAXCALA
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2017-2021

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA
LA ATENCION DE
TETANOS Y TETANOS NEONATAL (TT/TTN)
(VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES)**



O.P.D. SALUD
ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO
SALUD DE TLAXCALA

MAYO 2017

AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

En cumplimiento a los artículos 20 y 21 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala; los artículos 5, 28 y 30 de la Ley de las Entidades Paraestatales del Estado de Tlaxcala; y a los artículos 10, 18, 19, 20, 21 y 24 del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala; se elaboró el presente Manual de manual de procedimientos para la atención de tétanos y tétanos neonatal (TT/TTN) (vigilancia de enfermedades transmisibles), para su debida observancia y se aprobó el día 15 del mes de Marzo del 2017.

REVISÓ



Dra. Verónica Ortega Gutiérrez
Jefa del Departamento de Epidemiología

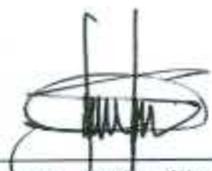


Lic. José Alberto Baca Solís
Jefe de la Oficina de Organización y
Métodos

APROBÓ



Efrén Samuel Orrico Torres
Director de Atención Especializada a la
Salud



Ing. Jesús Téllez Téllez
Jefe del Departamento de Organización y
Sistemas

AUTORIZÓ



Dr. Alberto Jonguitud Falcón
Secretario de Salud y
Director General del OPD Salud de Tlaxcala

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 2 |
| 2. Marco jurídico administrativo | 5 |
| 3. Relación de procedimientos | 10 |
| 4. Políticas generales | 11 |
| 5.- Descripción de procedimientos por área | 12 |
| 5.1 Procedimientos ante caso probable de tétanos y tétanos neonatal (TT/TNN) | 12 |
| 5.2 Procedimientos ante defunción por tétanos (TT) y tétanos neonatal (TNN) | 18 |
| 5.3 Procedimiento para toma y envío de muestras de laboratorio | 22 |
| 6. Anexos | 26 |
| 7. Glosario | 42 |

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el funcionamiento efectivo de los sistemas de vigilancia epidemiológica depende de la presencia y desempeño adecuado de los siguientes procesos:

- Detección de casos y brotes.
- Comunicación oportuna de caso (sospechoso o confirmado) entre los distintos niveles operativos (local, municipal, regional, estatal, federal, etc.)
- Registro sistemático de datos.
- Actividades de seguimiento.
- Análisis e interpretación de datos que lleve a la confirmación del caso o el evento.

La información derivada de estos procesos debe ser analizada e interpretada de manera periódica a fin de orientar mecanismos de respuesta establecidos y protocolizados.

Con la finalidad de incrementar la capacidad del sector público en la atención de las necesidades para poder mejorar la calidad y eficiencia de la vigilancia epidemiológica se ha creado un manual dividido por sistemas.

El programa de vigilancia epidemiológica se basa en la vigilancia permanente de enfermedades de interés epidemiológico dentro de las fronteras geográficas del estado con el fin de limitar la cadena de transmisión de las mismas y proteger a la población de los riesgos a la salud. La cual se divide en los siguientes sistemas:

- I. Vigilancia Convencional**
 - Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE)
- II. Vigilancia de la Mortalidad**
 - Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones (SEED)
 - Sistema de Notificación Inmediata de Muerte Materna
- III. Vigilancia de enfermedades no transmisibles**
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB)
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Defectos del Tubo Neural (DTN)
 - Vigilancia Epidemiológica de Diabetes mellitus tipo II (DM-II)
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Temperaturas Extremas (TE)
- IV. Vigilancia de enfermedades transmisibles**
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática (EFE)
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda (PFA)
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Tétanos y Tétanos neonatal (TT/TNN)
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Síndrome Coqueluchoide /Tos Ferina
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Paludismo
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Fiebre por Dengue (FD) y Fiebre hemorrágica por dengue (FHD)
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cólera
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Tuberculosis
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lepra

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infección Asintomática por Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome del Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA)
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sífilis Congénita
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza (SISVEFLU)
- Núcleos Trazadores para la Vigilancia Epidemiológica (NUTRAVE) de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
- Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE)

Para mejorar el establecimiento de las acciones que se deben realizar para tener procedimientos que permitan contribuir eficazmente al cumplimiento de los objetivos y para facilitar la delimitación de responsabilidades el sistema de vigilancia epidemiológica se va integrar de 14 manuales de procedimientos, de los cuales 1 de vigilancia convencional, 1 de mortalidad, 3 de enfermedades no transmisibles y los otros 9 manuales de procedimientos serán de la vigilancia de enfermedades transmisibles.

En el presente manual de procedimientos forma parte de la vigilancia de enfermedades transmisibles y se va integrar con los siguientes sistemas:

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática (EFE)
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda (PFA)
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Tétanos y Tétanos neonatal (TT/TNN)
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Síndrome Coqueluchoide /Tos Ferina

Las enfermedades transmisibles que hace veinte años presentaban importantes reducciones en su incidencia, actualmente representan un reto mundial que exige una respuesta global y coordinada. Los cambios demográficos, tecnológicos, ambientales y sociales que ocurren en el mundo, sumados a una disminución de la efectividad de ciertas medidas de control, crean condiciones para un constante resurgimiento de nuevas formas de expresión de las enfermedades y para la emergencia de nuevas enfermedades.

En este nuevo escenario epidemiológico y en el contexto del nuevo modelo de vigilancia en Salud Pública, se requiere un permanente fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica con el fin de detectar oportunamente, investigar y monitorear los patógenos que representan riesgos a la salud de la población y que permitan identificarlos determinantes que influyen en su ocurrencia y orientar las acciones de prevención y control.

Dentro del proceso de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles sujetas a sistemas de vigilancia especial, es fundamental garantizar la obtención de información veraz y oportuna.

La vigilancia especial de Tétanos en Adultos y Tétanos Neonatal inició desde 1990. Por un lado se lleva el registro de casos en adultos; por otro, ante casos de Tétanos Neonatal se

realiza la búsqueda activa con levantamiento de estudio, toma de muestra y acciones dirigidas a mejorar el control prenatal.

Aunque los formatos, las estrategias y las bases de datos son diferentes en uno y otro caso, el agente causal es el mismo. Debido a las condiciones sanitarias del país, el registro de Tétanos Neonatal es mínimo, de hecho, un solo municipio con un caso se considera foco rojo; por ello es importante continuar con vigilancia epidemiológica de este padecimiento.

2. Marco jurídico administrativo

Disposiciones Constitucionales:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 05/02/1917 Última Reforma 07/07/2014.
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala.
P.O. 04/02/1982 Última Reforma 01/05/2004.

Leyes Federales:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29/12/1976. Última Reforma D.O.F. 19/03/2015.
2. Ley de Planeación.
D.O.F. 05/01/1983. Última Reforma D.O.F. 09/04/2012.
3. Ley General de Salud.
D.O.F. 07/02/1984. Última Reforma D.O.F. 17/03/2015.
4. Ley Federal del Procedimiento Administrativo.
D.O.F. 04/08/1994. Última Reforma D.O.F. 09/04/2012.
5. Ley Federal del Trabajo.
D.O.F. 1/05/1970. Última Reforma D.O.F. 30/11/2012.
6. Ley de Coordinación Fiscal.
D.O.F. 27/12/1978 Última Reforma 11/08/2014.
7. Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 4/01/2000. Última Reforma D.O.F. 10/11/2014.
8. Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
D.O.F. 29/06/1992. Última Reforma D.O.F. 02/04/2014.
9. Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 14/05/1986. Última Reforma D.O.F. 11/08/2014.
10. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
D.O.F. 31/12/1982. Última Reforma D.O.F. 24/12/2013.
11. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
D.O.F. 13/03/2002 Última Reforma D.O.F. 14/07/2014.

12. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11/06/2002. Última Reforma D.O.F 14/07/2014.
13. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 30/03/2006. Última Reforma D.O.F. 11/08/2014.

Leyes Estatales:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala.
P.O. 07/04/1998 Última Reforma P.O.24/12/2014.
2. Ley de Salud del Estado de Tlaxcala.
P.O. 28/11/2000 Última Reforma P.O. 15/10/2014.
3. Ley de Asistencia Social del Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/03/2004. Última Reforma 25/08/2006.
4. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/12/2003. Última Reforma 19/05/2009.
5. Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Tlaxcala.
P.O. 12/01/1999. Última reforma 21/06/2011.
6. Ley de las Entidades Paraestatales del Estado de Tlaxcala.
P.O. 13/10/1995. Reforma P.O. 17/09/2008.
7. Ley del Procedimiento Administrativo del Estado de Tlaxcala y sus Municipios.
P.O. 30/10/2001. Última reforma 29/05/2013.
8. Ley Laboral de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala y sus Municipios.
P.O. 31/12/2007. Última Reforma P.O. 06/12/2013.
9. Ley de Asistencia Social Para el Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/03/2004. Última reforma 25/08/2006.
10. Ley de Fiscalización Superior del Estado de Tlaxcala y sus Municipios.
P.O. 10/11/2008. Última Reforma 27/09/2013.
11. Ley de Archivo del Estado de Tlaxcala.
P.O. 13/05/2011. Última reforma 13/05/2011.
12. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Estado de Tlaxcala.
P.O. 06/01/2003. Última reforma 06/01/2003.

Reglamentos Federales:

1. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 19.01.2004. Última Reforma D.OF. 10.01.2011.
2. Reglamento de Insumos para la Salud.
D.O.F. 04/02/1998 Última Reforma D.O.F. 14/03/2014.
3. Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud.

- D.O.F. 22/06/2011. Última Reforma 16/01/2014.
4. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
D.O.F. 9/08/1999. Última Reforma 14/02/14.
5. Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 20/08/2001 Última Reforma D.O.F. 28/07/2010.
6. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. D.O.F. 11/06/2003.
7. Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 28/06/2006. Última Reforma D.O.F. 31/10/2014.
8. Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 26/01/1990. Última Reforma D.O.F. 23/11/2010.
9. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
D.O.F. 27/02/2004. Última Reforma 11/10/2011.

Reglamentos Estatales:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.
P.O. 05/12/2012.

Convenios:

1. Convenio Específico en materia de Transparencia y de Recursos que Celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Tlaxcala el día 28/02/2008.
D.O.F 12/04/2011.

Acuerdos Federales:

1. Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud, sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el Primer Nivel de Atención Médica y para Segundo y Tercer Nivel, el Catálogo de Insumo.
D.O.F. 24/12/2002.
2. Acuerdo específico de coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitario que celebra la Secretaría de Salud, con la participación de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios y el Estado de Tlaxcala.
D.O.F. 5/10/2004.
3. Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites inscritos en el Registro Federal de Trámites que aplica la Secretaría de Salud y establece medidas de mejora regulatoria.
D.O.F. 10/03/2005.

4. Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala para la ejecución del Régimen de Protección Social en Salud.
D.O.F. 09/06/2015.

Acuerdos Estatales:

1. Acuerdo que establece las políticas generales del ejercicio del presupuesto, las medidas de mejora y modernización de la gestión administrativa y los lineamientos de austeridad del gasto público para el ejercicio fiscal 2016.
P.O. 31/12/2015.

Decretos Federales:

1. Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad y del Reglamento del Control Sanitario de Productos y Servicios.
D.O.F. 06/04/2006.
2. Decreto por el que reforma y adiciona la Ley General de Salud.
D.O.F. 15/05/2003.
3. Decreto por el que se expide la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y se forma la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Ley de Coordinación Fiscal.
D.O.F. 13/03/2002.
4. Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer de la Infancia y la Adolescencia.
D.O.F. 05/01/2004.
5. Decreto del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública.
D.O.F. 05/06/2003.

Decretos Estatales:

1. Decreto a Ley de Salud del Estado de Tlaxcala.
P.O. 10/11/2000 Última Reforma P.O. 11/12/2007.
2. Decreto de creación de la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios Tlaxcala.
P.O. 7/08/2006.

Lineamientos Federales:

1. Lineamientos para la afiliación, operación integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del régimen de protección social en salud.
D.O.F. 18/04/2005.
2. Lineamientos de Protección de Datos Personales.
D.O.F. 30/09/2005.
3. Lineamientos para Evaluar la Satisfacción del Usuario del Sistema de Protección Social en Salud.
D.O.F. 27/09/2007.

Lineamientos Estatales:

1. Lineamientos para la integración de la aportación solidaria estatal del Sistema de Protección Social en Salud.
D.O.F. 31/12/2007. Última Reforma D.O.F. 25/07/2008.
2. Lineamientos para la Medición de la Aportación Solidaria Estatal (ASE) del Sistema de Protección Social en Salud. D.O.F. 22/04/2005.

Normas:

1. NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.
2. NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
3. NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.
4. NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de las enfermedades bucales.
5. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
6. NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
7. NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
8. NOM-021-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención y control del complejo taeniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.
9. NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.
10. NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de la lepra.
11. NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
12. NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.
13. NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

14. NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
15. NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.
16. NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.
17. NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
18. NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, faboterapicos (sueros) e inmunoglobulina en el humano.
19. NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
20. NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
21. NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina.
22. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
23. NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
24. NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.
25. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud Ambiental -Residuos peligrosos biológico - infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

Planes:

1. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
D.O.F 20/05/2013.
2. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021.

3. Relación de procedimientos

Proceso:

Control y Seguimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de casos o brotes de Tétanos (TT) y Tétanos Neonatal (TNN).

Procedimientos:

- I. Notificación, seguimiento y difusión ante caso o brote probable de Tetanos y Tetanos Neonatal.
- II. Medidas de control ante defunciones ante caso probable de Tetanos y Tetanos Neonatal.
- III. Procedimientos de laboratorio ante caso o brote probable de Tetanos y Tetanos Neonatal.

4. Políticas generales

Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones.

- I. El médico responsable de la unidad médica deberá identificar y notificar oportunamente los casos de probable de Tétanos y Tétanos Neonatal que cumplan con la definición operacional de estas patologías al nivel técnico administrativo superior y jurisdicción sanitaria correspondiente en las primeras 24 horas de su detección. Si no cumple con los criterios de caso probable, se considerará descartado y sólo se notificará en el Informe Semanal de Casos Nuevos SUIVE-1 (Anexo 2) con el diagnóstico correspondiente. En los casos con diagnóstico clínico inicial de Tétanos (TT) y Tétanos Neonatal (TNN) iniciar las Actividades de prevención y control.
- II. El médico responsable de la unidad médica deberá identificar oportunamente a los contactos del probable de Tétanos y Tétanos Neonatal. Y notificar la totalidad de los casos probables a través del "Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades" SUIVE-1 (Anexo 2). Y deberá realizar del Estudio epidemiológico de caso de TNN (Anexo 8) o Estudio epidemiológico de caso de TT (Anexo 9).
- III. El área de informática deberá realizar la captura del caso en el Sistema de Tétanos y Tétanos Neonatal del SINAVE, incluir datos de identificación del caso, así como los signos y síntomas descritos en las definiciones operacionales.
- IV. El área de informática deberá realizar el registro del caso en el reporte semanal de casos a través del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE). En coordinación con el médico responsable de la unidad médica deben realizar el estudio epidemiológico de caso de de Tétanos y Tétanos Neonatal y envío al nivel inmediato superior (Anexo 8 y/o 9).
- V. El médico responsable de la unidad médica hará la notificación inmediata de brotes por el medio más expedito al nivel inmediato superior en el formato de Estudio de Brote (SUIVE-3, ANEXO 3).
- VI. El médico responsable de la unidad, epidemiólogo jurisdiccional y estatal deberán estar en contacto para el seguimiento diario del estado de salud del caso y de los contactos.
- VII. El epidemiólogo jurisdiccional verificará y validará la información enviada por las unidades de salud y la envía a nivel estatal en las primeras 24 horas del conocimiento del caso.
- VIII. El epidemiólogo jurisdiccional asegurará en coordinación con el personal de informática la captura de manera inmediata el 100% de los casos en la plataforma

de Tétanos y Tétanos Neonatal, otorga seguimiento a los contactos, de los casos con diagnóstico clínico inicial de de Tétanos y Tétanos Neonatal, inicia y participa en las actividades de prevención y control.

- IX. El epidemiólogo jurisdiccional realizará la notificación inmediata de brotes por el medio más expedito al nivel inmediato superior en el formato de Estudio de Brote (SUIVE-3). Otorga seguimiento de los brotes hasta su resolución total, verificará la realización de la valoración neurológica y seguimiento del paciente hasta su clasificación final.
- X. El epidemiólogo jurisdiccional deberá realizar búsqueda activa de casos de Tétanos y Tétanos Neonatal en unidades de segundo y tercer nivel que no notifiquen, así como evaluar mensualmente el desempeño de los indicadores de evaluación y asegurar el cumplimiento de los mismos.
- XI. El epidemiólogo jurisdiccional deberá mantener actualizado el panorama epidemiológico en los diversos municipios de la Jurisdicción Sanitaria y deberá difundir la información epidemiológica a las instancias correspondientes.
- XII. El Responsable del Programa de TT/TTN deberá evaluar en el seno del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) de acuerdo a las funciones y atribuciones establecidas en el Acuerdo Secretarial 130, la información epidemiológica a efecto de orientar las medidas de prevención y control. Y debe evaluar mensualmente el desempeño de los indicadores de evaluación y asegurar el cumplimiento de los mismos.
- XIII. El Responsable del Programa de TT/TTN deberá gestionar los recursos necesarios para las actividades de vigilancia epidemiológica, debe emitir recomendaciones basadas en el análisis de la información epidemiológica que oriente las acciones de control, mantener actualizado el panorama epidemiológico y difundir la información epidemiológica que oriente la toma de decisiones.

5.- Descripción de procedimientos por área

5.1 Procedimientos ante caso probable de tétanos y tétanos neonatal (TT/TNN)

1. Objetivo

Identificar las causas del caso probable de TT/TTN y dar seguimiento a los grupos y áreas de riesgo, para la toma de decisiones e implementación de medidas de control, que eviten tener brotes y permitan restablecer la salud del paciente.

2. Alcance

El epidemiólogo Estatal en coordinación con las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (IMSS ORDINARIO, IMSS OPORTUNIDADES, ISSSTE, DIF ESTAL, SEDENAVIALIDAD) los cuales deberán notificar los casos identificados de los Sistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica en los tiempos establecidos por los lineamientos validados por nivel nacional. El llenado de formato SUIVE-1 permite la concentración de casos nuevos cuya impresión diagnóstica está sujeta a vigilancia epidemiológica.

3. Políticas de operación

- a. Los datos primarios se obtienen de la consulta otorgada por los médicos tratantes de las unidades u hospitales, con base en sus conocimientos y experiencia, dan un primer diagnóstico.
- b. Los casos sospechosos, no se notifica a menos que durante su evolución pase a otra categoría.
- c. El médico o epidemiólogo responsable de la unidad u hospital elaborará el Estudio epidemiológico de caso de Tétanos (TT) y Tétanos Neonatal (TNN Anexo 8, 9) y enviara a la Jurisdicción Sanitaria dentro de las primeras 48 horas para su captura en el sistema correspondiente, de contar con el sistema informático, capturarlo en la misma unidad.
- d. El epidemiólogo jurisdiccional participará en las acciones de prevención, control y en la toma de muestras de los casos para su envío al LESP o INDRE.
- e. El epidemiólogo jurisdiccional deberá evaluar en el seno del Comité Jurisdiccional de Vigilancia de acuerdo a las funciones y atribuciones, la información epidemiológica a efecto de orientar las medidas de prevención y control.
- f. El Responsable del Programa de TT/TTN deberá concentrar, verificar, validar la información enviada por las jurisdicciones, así como notificar inmediatamente los casos probables o brotes a la DGAE en el formato correspondiente (anexos 3, 8, 9).
- g. El Responsable del Programa de TT/TTN concentrará la información del componente de Información Semanal de Casos enviada por las unidades de salud y en coordinación con el área de Informática actualizarán los casos en EPI-INFO y base Excel.
- h. El Responsable del Programa de TT/TTN en coordinación con el programa de informática deberán actualizar la base de datos EPI-INFO y Excel de casos de Tétanos y Tétanos Neonatal y enviarla a la DGAE semanalmente.
- i. El Responsable del Programa de TT/TTN deberá evaluar y supervisar las medidas de control aplicadas, realizar el análisis permanente de la información, deberá proponer y aplicar medidas de intervención, supervisará, asesorará y evaluará las acciones de vigilancia en los niveles jurisdiccional y local.

- j. El Responsable del Programa de TT/TTN deberá realizar la dictaminación del caso, la cual deberá estar encaminada a ratificar o descartar los casos o defunciones por TNN y deberá participar en la capacitación y adiestramiento del personal en procedimientos de vigilancia y la vigilancia hospitalaria.
- k. El Responsable del Programa de TT/TTN deberá coordinar la capacitación del personal en materia de vigilancia de Tétanos (TT) y Tétanos Neonatal (TNN), evaluará el impacto de las acciones de prevención y control.
- l. El Responsable del Programa de TT/TTN deberá elaborar avisos o alertas epidemiológicas en el ámbito estatal, para difundirlos a todos los niveles técnico-administrativos bajo su responsabilidad.

4. Referencias normativas

- Norma Oficial Mexicana NOM -17-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica.
- Manual de Procedimientos Estandarizados Para la Notificación Convencional de Casos Nuevos de Enfermedad. Obtenido en el portal.
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/31_Manual_EPV.pdf.
- Manual para la Toma, Envío y Recepción de Muestras para Diagnóstico
- http://www.indre.salud.gob.mx/interior/intd_manuales.html
- Acuerdo secretarial 130 por el que se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, D.O.F. 06/09/1995.

5. Descripción de actividades

| Procedimientos ante caso probable de Tétanos (TT) y Tétanos Neonatal (TNN) | | |
|--|------|---|
| Responsable | Paso | Detalle de la actividad |
| Médico responsable del centro de salud, unidad medica o hospital. | 1 | Realiza consultamédica, llena hoja diaria de consulta e identifica los casos sospechosos o probables y establece el diagnóstico inicial. |
| Médico responsable del centro de salud, unidad medica o hospital. | 2 | Notifica los casos a la Jurisdicción Sanitaria dentro de las primeras 24 horas de su conocimiento. |
| Médico responsable del centro de salud, unidad medica o hospital. | 3 | Notifica la totalidad de los casos probables a través del "Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades" SUIVE-1 (Anexo 2), a la Jurisdicción Sanitaria. |
| Médico responsable del centro de salud, unidad medica o hospital. | 4 | Elabora el Estudio Epidemiológico de Caso de Tétanos (TT) y Tétanos Neonatal (TNN) (Anexo 7,8) y lo envía en un plazo no mayor de 48 horas a la jurisdicción sanitaria. |
| Médico responsable del | 5 | Notifica inmediatamente los brotes por el medio |

| | | |
|--|----|---|
| centro de salud, unidad medica o hospital. | | más expedito al nivel inmediato superior en el formato de Estudio de Brote (SUIVE-3)(Anexo 3). |
| Médico responsable del centro de salud, unidad medica o hospital. | 6 | Se coordina con la Jurisdicción Sanitaria para las actividades de prevención y control. |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 7 | Verifica y valida la información enviada por las unidades de salud y ratifica la información del estudio epidemiológico. |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 8 | Notifica al Responsable del Programa de TT/TTN dentro de las primeras 24 horas del conocimiento del caso o brote a nivel inmediato superior. |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 9 | Asegura que la información de los estudios epidemiológicos sea completa, veraz y congruente; y asesora a las unidades donde la información no cumpla con estas características. |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 10 | Asegura la captura del 100% de los casos de TT y TNN en EPI-INFO y base Excel. |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 11 | Realiza toma de muestra de sangre, y llena Formato de laboratorio (F-REM-01) para envío al LESP y al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE). |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 12 | Supervisa, asesora, apoya y da seguimiento de los brotes o casos hasta su resolución total. |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 13 | Elabora avisos o alertas en el ámbito jurisdiccional y difunde los avisos y alertas emitidas por el nivel estatal o nacional para la toma de decisiones. |
| El responsable Estatal del Programa de TT/TTN | 14 | Recibe, concentra, valida y evalúa la calidad de la información y de los estudios de casos. |
| El responsable Estatal del Programa de TT/TTN | 15 | Notifica inmediatamente los casos y brotes por el medio más expedito al nivel inmediato superior en el formato correspondiente (anexo 3, 7 o 8) |
| El responsable Estatal del Programa de TT/TTN en coordinación con área de informática. | 16 | Captura el Estudio Epidemiológico de TT/TTN(Anexo 7, 8) en el sistema EPI-Infoy base Excel de manera semanal, para concentrar la base de datos y la envía por correo electrónico al nivel nacional semanalmente (todos los días lunes). |
| El responsable Estatal del Programa de TT/TTN | 17 | Coordina las acciones de toma, manejo de muestras y envío al laboratorio estatal o al INDRE. |
| El responsable Estatal del Programa de TT/TTN | 18 | Ratifica la recepción y las condiciones de las muestras a su llegada y entrega de resultados a las unidades médicas o Epidemiólogo Jurisdiccional |

| | | |
|---|----|---|
| | | para su clasificación y conclusión del caso. |
| El responsable Estatal del Programa de TT/TTN | 19 | Evalúa mensualmente el desempeño de los indicadores de evaluación y asegura su cumplimiento. |
| El responsable Estatal del Programa de TT/TTN | 20 | Evalúa el impacto de las acciones de prevención y control y gestiona los recursos necesarios para las actividades de vigilancia epidemiológica. |
| El responsable Estatal del Programa de TT/TTN | 21 | Difunde los avisos o alertas epidemiológicas a todos los niveles técnico-administrativos bajo su responsabilidad. |
| FIN DEL PROCEDIMIENTO | | |

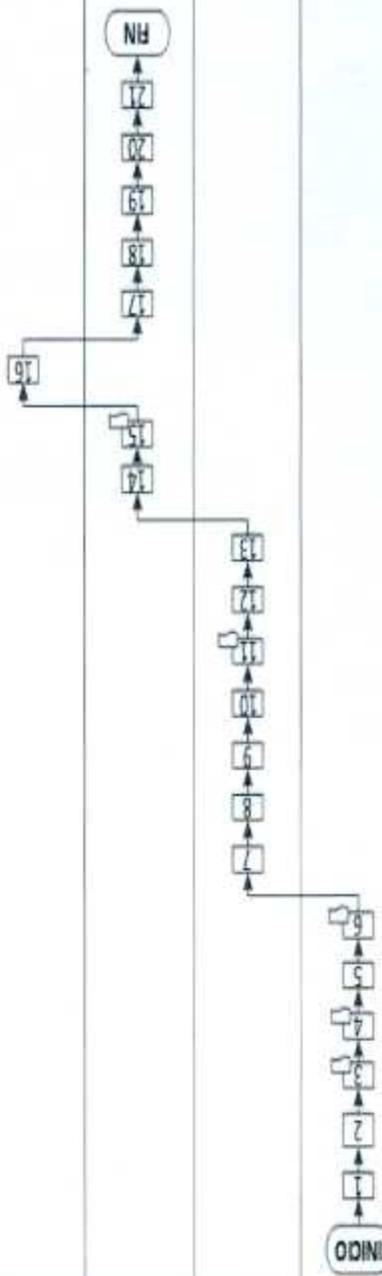
6. Formatos

- Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades" SUIVE-1 (Anexo 2),
- formato de Estudio de Brote (SUIVE-3)(Anexo 3)
- Estudio Epidemiológico de Caso de Tétanos (TT) (Anexo 7)
- Estudio Epidemiológico de Casode Tétanos Neonatal (TNN) (Anexo 8)
- Formato único para el envío de muestras biológicas (F-REM-01)
- Hoja diaria de consulta

7. Flujograma

PROCEDIMIENTOS ANTE CASO PROBABLE DE TETANOS (TT) Y TETANOS NEONATAL (TTN)

| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | EL RESPONSABLE ESTATAL DEL PROGRAMA DE TT/ TTN EN COORDINACIÓN CON ÁREA DE INFORMÁTICA | EL RESPONSABLE ESTATAL DEL PROGRAMA DE TT/ TTN | EL RESPONSABLE EPIDEMIOLÓGICO O EQUIVALENTE | MÉDICO RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD, UNIDAD MÉDICA O HOSPITAL |
|---|--|---|---|--|
| <p>1- Realiza consulta médica, llena hoja diana de consulta e identifica los casos sospechosos o probables y establece el diagnóstico inicial.</p> <p>2- Notifica los casos a la Jurisdicción Santarina dentro de las primeras 24 horas de su conocimiento.</p> <p>3- Notifica la totalidad de los casos probables a través del Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades SUIVE-1 (Anexo 2), a la Jurisdicción Santarina.</p> <p>4- Elabora el Estudio Epidemiológico de Caso de Tetanos (TT) y Tetanos Neonatal (TTN) (Anexo 7.8) y lo envía en un plazo no mayor de 48 horas a la jurisdicción santarina.</p> <p>5- Notifica inmediatamente los brotes por el medio más expedito al nivel inmediato superior en el formato de Estudio de Brote (SUIVE-3)(Anexo 3).</p> <p>6- Se coordina con la Jurisdicción Santarina para las actividades de prevención y control.</p> <p>7- Verifica y valida la información enviada por las unidades de salud y ratifica la información del estudio epidemiológico.</p> <p>8- Notifica al Responsable del Programa de TT/TTN dentro de las primeras 24 horas del conocimiento del caso o brote a nivel inmediato superior.</p> <p>9- Asegura que la información de los estudios epidemiológicos sea completa, veraz y congruente, y asesora a las unidades donde la información no cumple con estas características.</p> <p>10- Asegura la captura del 100% de los casos de TT y TTN en EPI-INFO y Base Excel.</p> <p>11- Realiza toma de muestra de sangre, y llena Formato de laboratorio (F-RBL-01) para para envío al ESE y al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE).</p> <p>12- Supervisa, asesora, apoya y da seguimiento de los brotes o casos hasta su resolución total.</p> <p>13- Elabora avisos o alertas en el ámbito jurisdiccional y divulga los avisos y alertas emitidas por el nivel estatal o nacional para la toma de decisiones.</p> <p>14- Recibe, concentra, valida y evalúa la calidad de la información y de los estudios de casos.</p> <p>15- Notifica inmediatamente los casos y brotes por el medio más expedito al nivel inmediato superior en el formato correspondiente (anexo 3, 7 o 8).</p> <p>16- Captura el Estudio Epidemiológico de TT/TTN (Anexo 7, 8) en el sistema EPI-Info y base Excel de manera semanal, para concentrar la base de datos y la envía por correo electrónico al nivel nacional semanalmente (todos los días lunes).</p> <p>17- Coordina las acciones de toma, manejo de muestras y envío al laboratorio estatal o al INDRE.</p> <p>18- Ratifica la recepción y las condiciones de las muestras a su llegada y entrega de resultados a las unidades médicas o Epidemiólogo Jurisdiccional para su clasificación y conducción del caso.</p> <p>19- Evalúa mensualmente el desempeño de los indicadores de evaluación y asegura su cumplimiento.</p> <p>20- Evalúa el impacto de las acciones de prevención y control y gestiona los recursos necesarios para las actividades de vigilancia epidemiológica.</p> <p>21- Divulga los avisos o alertas epidemiológicas a todos los niveles técnico-administrativos bajo su responsabilidad.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO</p> | | | | |



5.2 Procedimientos ante defunción por tétanos (TT) y tétanos neonatal (TNN).

1. Objetivo

Identificar e informar las causas de la defunción por TT/TTN y dar seguimiento a los grupos y áreas de riesgo, para la toma de decisiones e implementación de medidas de control, que eviten tener brotes y otras defunciones asociadas.

2. Alcance

El epidemiólogo Estatal en coordinación con las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (IMSS ORDINARIO, IMSS OPORTUNIDADES, ISSSTE, DIF ESTAL, SEDENA VIALIDAD) los cuales deberán notificar los casos identificados de los Sistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica en los tiempos establecidos por los lineamientos validados por nivel nacional.

3. Políticas de operación

- a. El personal de salud de la unidad médica que identifique el caso deberá realizar la notificación inmediata de la defunción en las primeras 24 horas de su conocimiento, deberá incluir los signos y síntomas que avalen que corresponde a defunción por probable Tétanos (TT) o Tétanos Neonatal (TNN).
- b. El personal de salud de la unidad médica en coordinación con el Epidemiólogo Jurisdiccional deberá realizar y enviar de manera inmediata el Estudio Epidemiológico de Caso a la Jurisdicción Sanitaria o Delegación para su notificación y captura inmediata en el Sistema de Información Epidemiológica correspondiente.
- c. En caso de defunción de TTN y TT, el personal de la unidad médica tratante deberá obtener copia del expediente clínico (completo, visible, letra legible), y enviarlo a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, que a su vez enviará copia al Responsable del Programa de TT/TTN y a la Dirección General de Epidemiología en un periodo no mayor a 5 días hábiles posteriores a la detección de la defunción. En caso de que la unidad médica no cuente con personal de vigilancia epidemiológica, el epidemiólogo jurisdiccional se hará responsable de la obtención del expediente clínico.
- d. El epidemiólogo jurisdiccional y estatal deberá dictaminar todas las defunciones de TTN y TT en el Comité Jurisdiccional en un periodo no mayor de 10 días posteriores al deceso y envío del acta correspondiente a la DGAE. Es Obligatorio contar con toda la información clínica-epidemiológica, así como los resultados de laboratorio de la Red validada por el INDRE.
- e. El epidemiólogo estatal realizará el envío del Certificado de Defunción (Anexo 6) y el formato "Reporte de causas de Muerte Sujetas a Vigilancia Epidemiológica" de INEGI (Anexo 7), en un periodo no mayor de cuatro semanas a la Dirección General de Epidemiología, donde se realizó la ratificación o rectificación de la defunción dictaminada por el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica.

- f. Toda defunción en la cual no haya sido tomada muestra para diagnóstico de laboratorio deberá ser dictaminada mediante criterios clínico-epidemiológicos por el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica y el CONAVE.

4. Referencias Normativa

- Norma Oficial Mexicana NOM -17-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica.
- Manual de Procedimientos Estandarizados Para la Notificación Convencional de Casos Nuevos de Enfermedad. Obtenido en el portal http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/31_Manual_EPV.pdf.

5. Descripción del Procedimiento

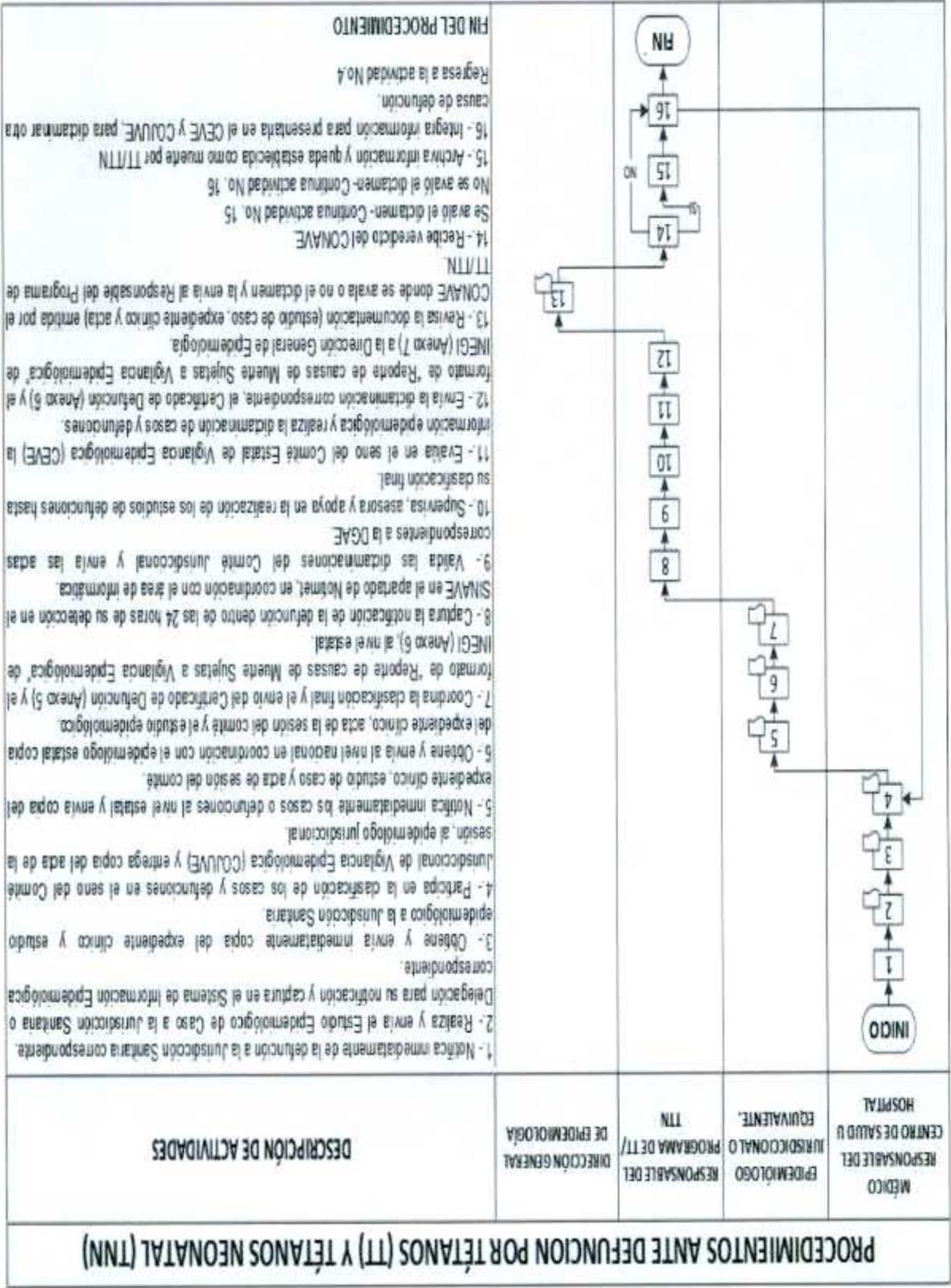
| Procedimientos ante defunción por Tétanos (TT) y Tétanos Neonatal (TNN) | | |
|---|------|--|
| Responsable | Paso | Detalle de la actividad |
| Médico responsable del centro de salud hospital | 1 | Notifica inmediatamente de la defunción a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente. |
| Médico responsable del centro de salud hospital | 2 | Realiza y envía el Estudio Epidemiológico de Caso a la Jurisdicción Sanitaria o Delegación para su notificación y captura en el Sistema de Información Epidemiológica correspondiente. |
| Médico responsable del centro de salud hospital. | 3 | Obtiene y envía inmediatamente copia del expediente clínico y estudio epidemiológico a la Jurisdicción Sanitaria. |
| Médico responsable del centro de salud hospital | 4 | Participa en la clasificación de los casos y defunciones en el seno del Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (COJUVE) y entrega copia del acta de la sesión, al epidemiólogo jurisdiccional. |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 5 | Notifica inmediatamente los casos o defunciones al nivel estatal y envía copia del expediente clínico, estudio de caso y acta de sesión del comité. |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 6 | Obtiene y envía al nivel nacional en coordinación con el epidemiólogo estatal copia del expediente clínico, acta de la sesión del comité y el estudio epidemiológico. |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 7 | Coordina la clasificación final y el envío del Certificado de Defunción (Anexo 5) y el formato de "Reporte de causas de Muerte Sujetas a Vigilancia Epidemiológica" de INEGI (Anexo 6), al nivel estatal. |
| Responsable del Programa | 8 | Captura la notificación de la defunción dentro de las |

| | | |
|------------------------------------|----|---|
| de TT/TTN | | 24 horas de su detección en el SINAVE en el apartado de Notimet, en coordinación con el área de informática. |
| Responsable del Programa de TT/TTN | 9 | Valida las dictaminaciones del Comité Jurisdiccional y envía las actas correspondientes a la DGAE. |
| Responsable del Programa de TT/TTN | 10 | Supervisa, asesora y apoya en la realización de los estudios de defunciones hasta su clasificación final. |
| Responsable del Programa de TT/TTN | 11 | Evalúa en el seno del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) la información epidemiológica y realiza la dictaminación de casos y defunciones. |
| Responsable del Programa de TT/TTN | 12 | Envía la dictaminación correspondiente, el Certificado de Defunción (Anexo 6) y el formato de "Reporte de causas de Muerte Sujetas a Vigilancia Epidemiológica" de INEGI (Anexo 7) a la Dirección General de Epidemiología. |
| Dirección General de Epidemiología | 13 | Revisa la documentación (estudio de caso, expediente clínico y acta) emitida por el CONAVE donde se avala o no el dictamen y la envía al Responsable del Programa de TT/TTN. |
| Responsable del Programa de TT/TTN | 14 | Recibe veredicto del CONAVE. Se avaló el dictamen- Continúa actividad No. 15 No se avaló el dictamen- Continúa actividad No. 16 |
| Responsable del Programa de TT/TTN | 15 | Archiva información y queda establecida como muerte por TT/TTN |
| Responsable del Programa de TT/TTN | 16 | Integra información para presentarla en el CEVE y COJUVE, para dictaminar otra causa de defunción. Regresa a la actividad No.4 |
| FIN DEL PROCEDIMIENTO | | |

6. Formatos

- Estudio de caso de Tétanos
- Estudio de caso de Tétanos Neonatal
- Certificado de Defunción
- Formato de reporte de causas de Muerte
- Formato único para el envío de muestras biológicas (F-REM-01)

7. Flujograma



5.3 Procedimiento para toma y envío de muestras de laboratorio

1. Objetivo

Detectar, confirmar o descartar los casos TTN y TT, a través de estudios de laboratorio para realizar actividades de prevención y control de manera oportuna, así como acciones de seguimiento y vigilancia epidemiológica.

2. Alcance

Epidemiólogos Estatales, Jurisdicciones, instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (IMSS ORDINARIO, IMSS OPORTUNIDADES, ISSSTE, DIF ESTAL, SEDENA VIALIDAD).

3. Políticas de operación

- a. El epidemiólogo jurisdiccional o personal capacitado tomará la muestra de sangre para envío al laboratorio local y al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) y deberá participar en la capacitación y adiestramiento del personal en procedimientos de vigilancia, el seguimiento hospitalario y en la toma de muestras para su envío al Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP).
- b. Las muestras deberán ser recolectadas en condiciones de asepsia y en un recipiente estéril con tapón de hule o de rosca. Se deberá anotar con tinta indeleble o lápiz en el tubo el nombre y la edad de cada uno, así como relacionar ambas muestras.
- c. Se deberá enviar el suero separado, para lo cual se empleará un aplicador estéril para remover el coágulo. Si no se cuenta con ello, deberá enviarse la sangre total en refrigeración (4-8°C) en las próximas 48 horas al INDRE. En el caso de haberse aplicado el toxoide, podemos tomar la muestra de ambos antes de ocho días de aplicado el toxoide ó la antitoxina.
- d. Se requiere muestra de sangre de la madre y el niño o la persona enferma para estudio de anticuerpos específicos en el INDRE y seguimiento de los resultados
- e. Toda defunción en la cual no haya sido tomada muestra para diagnóstico de laboratorio deberá ser dictaminada mediante criterios clínico-epidemiológicos por el Comité Estatal y el CONAVE.
- f. Debido a que el recién nacido presenta inmadurez del sistema inmune y retraso en la producción de anticuerpos, la determinación de antitoxina tetánica tanto en la madre como en el recién nacido, es de apoyo para el diagnóstico. Una mujer vacunada, cuyos títulos son mayores de 0.01u/ml (dilución de 1:4) se consideran protectores, por tanto titulaciones mayores, hacen menos probable la presencia de tétanos neonatal. Debido a la dificultad para aislar el microorganismo el cultivo no es recomendado, y en caso de tener el recurso relacionar el resultado con la clínica.

g. Pruebas diagnósticas:

Ante la presencia de un caso sospechoso de TNN se requiere 1ml de sangre venosa de la madre y 0.5ml del recién nacido, verificar que no se haya aplicado antitoxina ni toxoide tetánico o diftérico a la madre y antitoxina tetánica al producto.

h. Criterios de aceptación de la muestra:

La muestra debe llegar perfectamente etiquetada al Laboratorio Estatal, señalando si es primera o segunda toma y el diagnóstico. Acompañada del formato único de envío de muestras (formato de estudio epidemiológico de caso de tétanos), resumen de la historia clínica y oficio de solicitud de estudio.

i. Criterios de rechazo de la muestra:

La falta de alguno de los documentos mencionados en los criterios de aceptación de la muestra o las condiciones inadecuadas de la misma es causa de rechazo definitivo y se notificará de inmediato al usuario responsable del envío.

4. Referencias

- Norma Oficial Mexicana NOM -17-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica.
- Manual de Procedimientos Estandarizados Para la Notificación Convencional de Casos Nuevos de Enfermedad. Obtenido en el portal http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/31_Manual_EPV.pdf
- Manual para la Toma, Envío y Recepción de Muestras para Diagnóstico http://www.indre.salud.gob.mx/interior/intd_manuales.html.

5. Descripción del Procedimiento

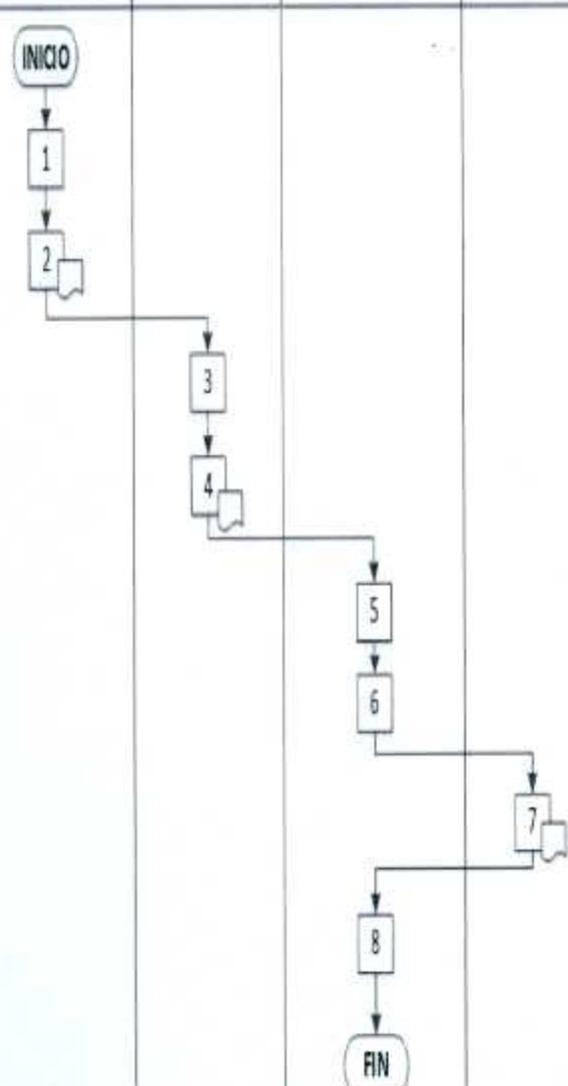
| Procedimiento para toma y envío de muestras de laboratorio | | |
|--|------|---|
| Responsable | Paso | Detalle de la actividad |
| Médico responsable del centro de salud u hospital | 1 | Realiza una toma de muestra de sangre al 100% de los casos probables de TT/TTN. |
| Médico responsable del centro de salud u hospital. | 2 | Envía las muestras de sangre a la Jurisdicción Sanitaria o equivalente, con el resumen clínico, estudio de caso de tétanos o tétanos neonatal y el formato único para el envío de muestras biológicas (F-REM-01). |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 3 | Asegura y verifica la cantidad, envase, etiquetado, conservación de todas las muestra antes de su envío al laboratorio estatal de Salud Pública (LESP). |
| Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente. | 4 | Remite las muestras junto con el resumen clínico y el estudio epidemiológico al laboratorio estatal. |

| | | |
|---|---|---|
| Responsable del Programa de TT/TTN en coordinación con Laboratorio estatal. | 5 | Coordina las acciones de toma, manejo de muestras y envío al laboratorio estatal o al INDRE y ratifica la recepción y las condiciones de las muestras a su llegada al LESP. |
| Responsable del Programa de TT/TTN en coordinación con Laboratorio estatal. | 6 | Recupera los resultados correspondientes y los canaliza a la coordinación jurisdiccional y a la unidad o médico responsable. |
| Personal de Laboratorio Estatal de Salud Pública. | 7 | Emite resultados de laboratorio y envía las muestras a INDRE para control de calidad. |
| Responsable del Programa de TT/TTN en coordinación con Laboratorio estatal. | 8 | Verifica resultados reportados y los envía escaneados al centro de salud u hospital y a la jurisdicción sanitaria correspondiente. |
| FIN DEL PROCEDIMIENTO | | |

6. Formatos

- Formato único para el envío de muestras biológicas (F-REM-01)
- Estudio de Caso de Tétanos
- Estudio de Caso de Tétanos Neonatal

7. Flujoograma

| PROCEDIMIENTO PARA TOMA Y ENVÍO DE MUESTRAS DE LABORATORIO | | | | |
|---|--|--|---|--|
| MÉDICO RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD U HOSPITAL | EPIDEMIÓLOGO JURISDICCIONAL O EQUIVALENTE. | RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE TT/TTN EN COORDINACIÓN CON LABORATORIO ESTATAL | PERSONAL DE LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA. | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES |
|  <pre> graph TD INICIO((INICIO)) --> 1[1] 1 --> 2[2] 2 --> 3[3] 3 --> 4[4] 4 --> 5[5] 5 --> 6[6] 6 --> 7[7] 7 --> 8[8] 8 --> FIN((FIN)) </pre> | | | | <p>1.- Realiza una toma de muestra de sangre al 100% de los casos probables de TT/TTN.</p> <p>2.- Envía las muestras de sangre a la Jurisdicción Sanitaria o equivalente, con el resumen clínico, estudio de caso de tétanos o tétanos neonatal y el formato único para el envío de muestras biológicas (F-REM-01).</p> <p>3.- Asegura y verifica la cantidad, envase, etiquetado, conservación de todas las muestra antes de su envío al laboratorio estatal de Salud Pública (LESP).</p> <p>4.- Remite las muestras junto con el resumen clínico y el estudio epidemiológico al laboratorio estatal.</p> <p>5.- Coordina las acciones de toma, manejo de muestras y envío al laboratorio estatal o al INDRE y ratifica la recepción y las condiciones de las muestras a su llegada al LESP.</p> <p>6.- Recupera los resultados correspondientes y los canaliza a la coordinación jurisdiccional y a la unidad o médico responsable.</p> <p>7.- Emite resultados de laboratorio y envía las muestras a INDRE para control de calidad.</p> <p>8.- Verifica resultados reportados y los envía escaneados al centro de salud u hospital y a la jurisdicción sanitaria correspondiente.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO</p> |

Anexo 2 Informe Semanal de Casos Nuevos SUIVE 1



SUIVE-1-2014

Instrucciones: Llene a máquina preferentemente; escriba el integral o nivel jerárquico inmediato superior y complete una copia

Unidad: Casos: Semanas: de de de de

Localidad: Municipio: Análisis: Estado y Delegación:

Instancia: Secretaría de Salud 1 MSS 2 ISSSTE 3 Otro específico: 4 MSS Programa 5 DF 6 FOMEX 7 SEDENA 8 SEMAR 9

| Grupo | Diagnóstico y Código CIE (9a Revisión) | EPI Clave | Número de casos según grupo de edad y sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | Total | TOTAL | | | | | | |
|--|--|--------------|--|---|-------|---|-------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|-------|-------|---------|---|------|---|-----|---|
| | | | < de 1 año | | 1 - 4 | | 5 - 9 | | 10 - 14 | | 15 - 19 | | 20 - 24 | | 25 - 44 | | 45 - 49 | | 50 - 59 | | | | 60 - 64 | | 65 > | | Ign | |
| | | | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | | M | F | M | F | M | F |
| Enfermedades prevenibles por vacunación | ENFERMEDAD TUBERCULOSA (*) A18 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TETANOS (*) A21, A22 | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TETANOS NEONATAL (*) A23 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DIFTERIA (*) A24 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TOS FERVA (*) A25 | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SHARON (*) A26 | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | RUBOLA (*) A27 | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PAROTIDITIS EPIDÉMICA 08 | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HEPATITIS A (*) A15 | 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ENFERMEDAD DE RUBOLA CONGÉNITA (*) A16, A17 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HEPATITIS A (*) A15 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ENTERITIS BACTERIANA (*) A08 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INFECCIONES VIRALES POR HEMORRAGIA INFLUENCIAL (*) A11, A12, A13, A14 | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | POLIOMIELITIS AGUDA (*) A09 | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ENFERMEDAD ESCARLATINA (*) A04 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INFECCIÓN POR VIRUS DEL EMPLEMA HUMANO 06.7 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INFERMEDAD MALIGNA POR NEURÓCIOS (*) A01, A02, A03, A04 | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NEUMONÍA (*) A18-A21 | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFLUENZA (*) A07 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFLUENZA (*) A07 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedades prevenibles por vacunación e inmunización e inmunización de las embarazadas | COLERA (*) A00 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PERTEUSIS (*) A02 | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DIFTERIA 03 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INFECCIONES INFECCIONES POR OTROS ORGANISMOS Y LAS MAL DEFINIDAS, SIN ASIGNAR FACTOR 04 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INFECCIÓN ALIMENTARIA INFECCIONES 05 | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NEURITIS INFECCIONAL 06 | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SHARON 07 | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | OTRAS INFECCIONES INFECCIONES DEBIDAS A PROTOZOOS 08 | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ASCARIOSIS 09 | 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ENTEROBACIOS 10 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (*) HACER ESTUDIO E INVESTIGACIÓN (*) ESTUDIO DE BROTE



Instrucciones: Llene a máquina preferentemente, remitir el original al nivel jerárquico inmediato superior y conservar una copia

Unidad: _____ Calle: _____ Número: _____ Municipio: _____ Estado: _____ Entidad Federativa: _____
 Fecha: _____ Hora: _____ Día (apoyar): _____ Mes: _____ Año: _____
 Institución: Secretaría de Salud 1 MS 2 SSSTE 3 OSA (apoyar) 4 MS-Proyectos 5 DF 6 PEMEX 7 SECEMA 8 SEMAR 9

| Grupo | Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión | EPI Clave | Número de casos según grupo de edad y sexo | | | | | | | | | | | | | | | | Total | TOTAL | | | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|-----|---|-----|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|-------|-------|---|-------|---|--------|---|-----|---|
| | | | < de 1 año | | 1-4 | | 5-9 | | 10-14 | | 15-19 | | 20-24 | | 25-44 | | 45-49 | | | | 50-59 | | 60-64 | | 65 Y > | | Ign | |
| | | | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | | M | F | M | F | M | F | M | F |
| ZOOINOCUOS | BACILOSB (+) # 01 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LEPTOSPIROS (+) # 02 | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SARSA (+) # 03 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CITROCOCCOS 04 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TETANOS 05 | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TROICOCOS 06 | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES | ESCARILINA 07 | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ERISIPELA 08 | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES | TUBERCULOSIS (FORMAS (+) #71, 072, 073, 074, 075, 076, 077, 078, 079, 080) | 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LEPRA (+) #01 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HEPATIS VIRAL C (SIT) #02 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DIAGNÓSTICO BACILAR (SIT) #03 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CONJUNTIVITIS #10 | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ESCABIOSIS #04 | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CONJUNTIVITIS EPIDEMIOLOGIA (SIT) #05 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NEURITIS DEL PUNTO #06 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HEPATIS VIRAL B (SIT) #07 | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TUMORES BENIGNOS #08 | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HEPATIS VIRAL A (SIT) #09 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ARTICULACIÓN HODONAL (+) # 01 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEDADES DE INTERÉS LOCAL O REGIONAL | LEISHMANIASIS (SIT) # 01 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LEISHMANIASIS (SIT) # 02 | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ONCOSIS (SIT) # 03 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA (+) # 04 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TRACOMA (+) # 05 | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEDADES BAJO VIGILANCIA ESPECIAL EN TAMAULIPÁN | ENFERMEDAD DE YERBOL EN TAMAULIPÁN (+) # 01 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PARA-SIFILIS (SIT) # 02 | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ONCOSIS (SIT) # 03 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ONCOSIS (SIT) # 04 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE TETANOS Y
TETANOS NEONATAL (TT/TTN) (VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES)

| Grupo | Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión | EPI Clave | Número de casos según grupo de edad y sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | Total | TOTAL | | | | | | |
|--|---|-----------------------|--|---|-----|---|-----|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|-------|-------|---|--------|---|------|---|
| | | | < de 1 año | | 1-4 | | 5-9 | | 10-14 | | 15-19 | | 20-24 | | 25-44 | | 45-49 | | 50-59 | | | | 60-64 | | 65 Y > | | Ign. | |
| | | | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | | M | F | M | F | M | F |
| ENFERMEDADES QUE NO SON TRANSMISIBLES | MEMBRITO (+) 001 021 001 001 001 001 | 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EFTECTOR DEL OJAL Y DE LA LÍZ. 101 | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INFECCIÓN DE VAG. PRIMARIAS 430 00A 430 01 | 110 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | BOCO ENEMACO 011 | 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DIABETES MELLITUS NO ASOCIADO CON TIPO II 010 | 127 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DIABETES MELLITUS NO ASOCIADO CON TIPO II EN EM | 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO 024 | 128 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL 100 | 112 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PERIODEMIA AGUDA 00-02 | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HIPERTENSIÓN ARTERIAL 10-01 | 87 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON 10-02 | 97 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 10-03 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ASMA 40-00 | 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GRABITIVO Y ENFERMEDAD PERICENTRAL 400 | 129 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ALERGIA ALERGIJA Y ALERGIAS 10-04 | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ENFERMEDAD ALCOHOLICA DEL HIGADO (X) EXCEPTO K70 | 111 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INTOXICACIÓN POR FALCOCICLOS 100 | 57 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INTOXICACIÓN POR FOSFONO DE ANIMALES 100 021 022, EXCEPTO 100 021 | 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRAN 100 022 023 | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ESBIA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HEPATOLITIASIS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PLEPOSTO 020 010 | 107 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EFECCIÓN ADVERSA TEMPORALMENTE ASOCIADA A VACINAS (TVA) (*) Y (X) 100 020 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HEPATITIS DE LA PROTEINA M0 | 101 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HEPATITIS 101 | 110 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA 101 02 | 108 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INTOXICACIÓN POR MONEDAS DE OROBINO (X) 100 | 103 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CONTACTO TRAMATICO CON AVISPA, ARAÑAS Y HORMIGAS 101 | 174 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | QUEMADURAS 101 020 | 127 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ACCIONES 101 020 EXCEPTO 101 020 | 108 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ENFERMEDAD HEPATICA ALCOHOLICA (X) 101 | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NUTRICIÓN | DESNUTRICIÓN LEVE 040 | 114 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESNUTRICIÓN MODERADA 040 | | 115 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESNUTRICIÓN SEVERA 040 | | 116 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBESIDAD 040 | | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANOREXIA BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS 100 | | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(*) INTOXICACIÓN ALERGIJA (X) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO (X) ESTUDIO DE BOTE

Anexo 3 Estudio epidemiológico de brote SUIVE 3



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
NOTIFICACIÓN DE BROTE

EPI-3-95

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|-----------------------------|-----|------------|----------------------------|--|--|--------------|-----|-----|
| I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD | | | | | | | | | | | |
| UNIDAD NOTIFICANTE: | | | CLAVE DE LA UNIDAD: | | | LOCALIDAD: | | | | | |
| MUNICIPIO: | | | JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: | | | ENTIDAD O DELEGACIÓN: | | | | | |
| INSTITUCIÓN: | | | | | | | | | | | |
| II. ANTECEDENTES | | | | | | | | | | | |
| DX. PROBABLE: | | | | | DX. FINAL: | | | | | | |
| FECHA DE NOTIFICACIÓN: | | | Día | Mes | Año | FECHA DE INICIO DEL BROTE: | | | Día | Mes | Año |
| CASOS PROBABLES: | | | CASOS CONFIRMADOS: | | | HOSPITALIZADOS: | | | DEFUNCIONES: | | |

III. DISTRIBUCIÓN POR PERSONA
LLENAR LOS ESPACIOS COMO SE INDICA

| GRUPO DE EDAD | NÚMERO DE CASOS | | | NÚMERO DE DEFUNCIONES | | | POBLACIÓN EXPUESTA | | |
|---------------|-----------------|--------------|-----------|-----------------------|--------------|-----------|--------------------|--------------|-----------|
| | MASCULINO (A) | FEMENINO (B) | TOTAL (C) | MASCULINO (D) | FEMENINO (E) | TOTAL (F) | MASCULINO (G) | FEMENINO (H) | TOTAL (I) |
| < 1 | | | | | | | | | |
| 1 - 4 | | | | | | | | | |
| 5 - 14 | | | | | | | | | |
| 15 - 24 | | | | | | | | | |
| 25 - 44 | | | | | | | | | |
| 45 - 64 | | | | | | | | | |
| 65 Y MAS | | | | | | | | | |
| SE IGNORA | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | |

PARA OBTENER LAS TASAS DE ATAQUE Y LETALIDAD, EN CADA COLUMNA SE SEÑALA LA OPERACIÓN A REALIZAR, CON BASE EN LAS LETRAS INDICADAS EN CADA COLUMNA DEL CUADRO ANTERIOR

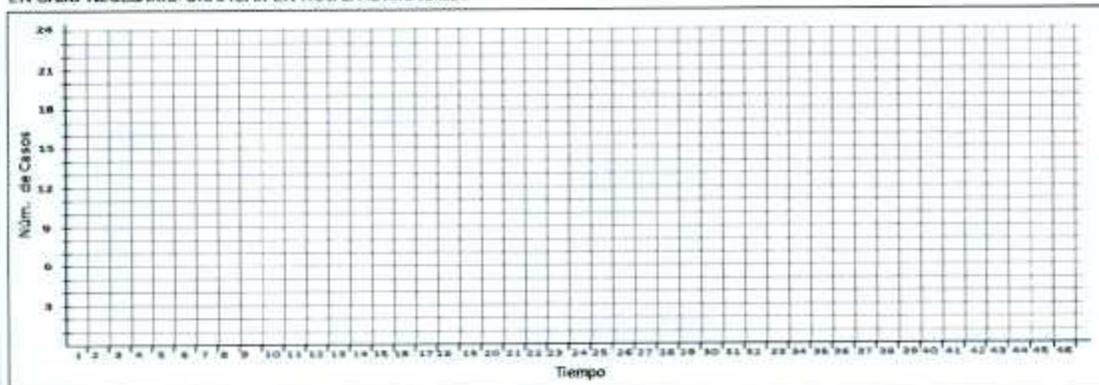
FRECUENCIA DE
SIGNOS Y SÍNTOMAS

| GRUPO DE EDAD | TASA DE ATAQUE* | | | TASA DE LETALIDAD* | | | SIGNOS Y SÍNTOMAS | CASOS | |
|---------------|-----------------|----------------|-------------|--------------------|----------------|-------------|-------------------|-------|---|
| | MASCULINO (A/G) | FEMENINO (B/H) | TOTAL (C/I) | MASCULINO (D/A) | FEMENINO (E/B) | TOTAL (F/C) | | No. | % |
| < 1 | | | | | | | | | |
| 1 - 4 | | | | | | | | | |
| 5 - 14 | | | | | | | | | |
| 15 - 24 | | | | | | | | | |
| 25 - 44 | | | | | | | | | |
| 45 - 64 | | | | | | | | | |
| 65 Y MAS | | | | | | | | | |
| SE IGNORA | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | |

*Tasas por 100

IV. DISTRIBUCIÓN EN EL TIEMPO

GRAFICAR EN EL EJE HORIZONTAL EL TIEMPO (HORAS, DÍAS, SEMANAS, ETC.) EN QUE OCURRE EL BROTE
EN EL EJE VERTICAL LA ESCALA MÁS ADECUADA DEL NÚMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES QUE SE PRESENTAN
EN CASO NECESARIO GRAFICAR EN HOJAS ADICIONALES



V. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

ANEXAR CROQUIS CON LA UBICACIÓN DE CASOS Y/O DEFUNCIONES POR FECHA DE INICIO
EN CASO NECESARIO AGREGAR MÁS DE UN CROQUIS. SELECCIONAR SÓLO EL AGREGADO O CATEGORÍA QUE MEJOR REPRESENTA
LA DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS EN DONDE OCURRE EL BROTE

| ÁREA, MANZANA, COLONIA LOCALIDAD, ESCUELA, GUARDERÍA O VIVIENDA | CASOS | | DEFUNCIONES | |
|--|-------|---|-------------|---|
| | Núm. | % | Núm. | % |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VI. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

1. Antecedentes epidemiológicos del brote

2. Probables fuentes del brote

3. Probables mecanismos de transmisión

VII. ACCIONES DE CONTROL

Acciones de prevención y control realizadas (Anotar fecha de inicio)

Nombre y cargo de quien elaboró

Vo.Bo. del Director

Vo.Bo. del Epidemiólogo

El formato debe ser llenado por el epidemiólogo o personal asignado

El llenado de este formato no sustituye su notificación en los sistemas de Vigilancia Epidemiológica, ni la elaboración del informe final del brote

Anexo 4. Formato único para el envío de muestras biológicas (F-REM-01)

| | | |
|---|---|--|
|  |  | <p>Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDIRE) "Dr. Manuel Martínez Ríos"</p> <p><small>Fraccion de P. Miranda 171, Col. Lomas de Platero, C.P. 01480 Tel.: (52) 524 593-1460 ext. 3094 Fax: (52) 524 593-0343 www.salud.salud.gob.mx info@salud.gob.mx</small></p> |
| FORMATO ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS | | |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE | | |
| REMU-F-019 No. de paquete: _____ Fecha de envío: ____/____/____ Institución solicitante: _____ Calle: _____ Colonia: _____ Municipio: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____ Fax (indispensable): _____ E-mail: _____ Nombre del médico solicitante: _____ | | |
| DATOS DEL PACIENTE | | |
| Nombre y/o Referencia: _____ Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Domicilio: _____ Colonia: _____ Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ C.P.: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ o Edad: Años ____ Meses ____ Días Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CURP: _____ Entidad de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Situación: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto | | |
| INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA | | |
| Justificación del envío: <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Control de calidad Tipo de Vigilancia: <input type="checkbox"/> Rutina <input type="checkbox"/> Brote <input type="checkbox"/> Contingencia Origen: <input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Ambiental Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Cepa <input type="checkbox"/> Hicopo <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Espudo <input type="checkbox"/> Cerebro <input type="checkbox"/> Hemocoeliva <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Exudado faríngeo <input type="checkbox"/> Exudado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Laminilla <input type="checkbox"/> Gargarras <input type="checkbox"/> Imprints <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Tejido cerebral <input type="checkbox"/> Piel cabelada <input type="checkbox"/> Lavado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Agua Heces: <input type="checkbox"/> Sólidas <input type="checkbox"/> Pastosas <input type="checkbox"/> Líquidas Otras: _____ Cantidad o volumen: _____ Fecha de toma: ____/____/____ Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ | | |
| DIAGNÓSTICO SOLICITADO | | |
| Impresión diagnóstica: _____ Estudio solicitado: _____ Clave: _____ Descripción: _____ | | |
| INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO | | |
| Estudios realizados previamente: _____ Vive en zona endémica: _____ ¿Se presentó algún tipo de parálisis? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio de la parálisis: ____/____/____ ¿Ha estado en contacto con casos similares? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora En caso afirmativo indique la fecha: ____/____/____ y el lugar geográfico: _____ ¿Efectuó algún viaje los días previos al inicio de la enfermedad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos días antes? _____ Especifique los lugares visitados: _____ Ingestión de lácteos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuales? _____ Ingestión de carne de res o cerdo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Exposición con animales: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especie animal: _____ | | |
| INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO | | |
| En casos de sospecha de RABIA conteste lo siguiente: ¿Sufrió agresión por parte de algún animal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de la agresión: ____/____/____ Especie agresora: _____ Sitio anatómico de la lesión: _____ Núm. de personas que estuvieron en contacto con el animal: _____ Edad del animal: _____ Fecha de muerte del animal: ____/____/____ Causa de la muerte: _____ Tipo de vacuna: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____ No. de caso: _____ Datos clínicos del animal: <input type="checkbox"/> Agresividad <input type="checkbox"/> Fotofobia <input type="checkbox"/> Aerofobia <input type="checkbox"/> Histriofobia <input type="checkbox"/> Salvación profusa <input type="checkbox"/> Incoordinación <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Víctima | | |

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO

En caso de sospecha de Tuberculosis conteste lo siguiente:
¿Ha recibido tratamiento antituberculoso? Sí No

En caso afirmativo indique (valles):
 Estreptomida Isoniazida Rifampicina Etambutol
 Pirazinamida Etonamida Otras: _____
Fecha última toma: _____

Antecedentes citopatológicos:
Tipo de revisión: Primera vez Después de 3 años Subsecuente
Actividad sexual: Sí No Edad de inicio: _____
Número de parejas sexuales: _____
Antecedentes de Vacunación para VPH: Sí No
Fecha de vacunación: _____

Sintomatología: Ardor Prurito Secreción y/o Leucorrea
Situación Gineco-obstétrica: Puérperio o postparto Postmenopausia
 DII Uso de hormonas Histerectomía Embarazo actual
 Tratamiento farmacológico Tratamiento quirúrgico previo Ninguno

Factores de riesgo para infección por VIH:
 Pareja Hepatitis Transfusión Hemofilia Hijo de madre infectada
 Heterosexual Homosexual Bisexual Sexo servido(a)
 Uso de droga IV Número de parejas

Fiebre:
Fecha de inicio: _____ Temperatura: _____
Duración: _____ Días Periodicidad: _____

Signos y síntomas generales:
 Enfermedad crónica Pérdida de peso Fatiga Artralgias
 Escatofilia Migrañas Sudoración profusa Postorción Náuseas
 Dolor retroocular Disminución de agudeza visual Conjuntivitis
 Cefalea Presencia de quistes/nódulos Uveítis Geofagia
 Ictericia Lesión en mucosas Coriorreinitis Esplenomegalia
 Hepatomegalia Edema Linfadenopatía (Cervical, Supraclavicular o Retroauricular)

Exantema y piel:
 Maculor Papular Eritematoso Vesicular Pústula Úlcera
 Costra Presencia de nódulos Escala Chagoma de inoculación
Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Respiratorios:
 Congestión nasal Rinitis Rinorrea Dolor o ardor de garganta
 Disfonía Faringitis Tos seca Disnea Neumonía
 Cianosis Apnea Tos productiva Hemoptisis Conca

Cardiovascular:
 Miocarditis Endocarditis Pericarditis Vasculitis Fiebris

Sistema Nervioso Central:
 Convulsiones Incoordinación Cambios de conducta Fobofobia
 Meningitis Hidrocefalia Parálisis Paranoia Alucinaciones
 Hidrocefalia Calofrías Hipertensión intracraneal Coma
 Cambio del ciclo circadiano

Género urinario:
 Dolor durante la micción Uretritis Insuficiencia renal

Lesiones en genitales: Úlceras Vesiculares
 Chancre Chancroides Flujo vaginal Embarazo
Fecha de última regla: _____
Semanas de gestación: _____

Gastrointestinal:
 Anorexia Dolor abdominal Constipación Tenesmo
 Diarrea recurrente Diarrea sanguinolenta Mucosa
Consistencia de heces: Sólida Pastosa Líquida Protrigada (p+em)

- No. de evacuaciones en las últimas 24 horas: _____
- No. de evacuaciones en los últimos 15 días Sí No
- No. de cuadros diarreicos durante el año: _____
 Deshidratación: Leve Moderada Severa
Num. de vómitos en las últimas 24 hrs: _____ Num. de días con vómito: _____
Ha expulsado lombrices: Sí No Fecha de expulsión: _____
Ha expulsado proglótidos: Sí No Fecha de expulsión: _____

Estado de la enfermedad
 Agudo Crónico Sintomático Asintomático Localizado
 Diseminado Recrudo Convaleciente Defunción
Otro: _____

Hemorragias y otras alteraciones hematológicas:
 Fragilidad capilar Petequias Equimosis Gingivorragia Epistaxis
 Melenas Hematuria Rectorragia Hematemesis Metrorragia
 Shock Plaquetopenia Hemocostración Esclerofilia

Tratamiento:
¿Ha recibido tratamiento? Sí No
¿Cuál? _____
Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____
Dosis Convencional Especial
Específico: _____

Antecedentes vacunales:
Tipo de vacuna: _____
Fecha de primera vacuna: _____
Fecha de última dosis: _____
Notas adicionales:
(Resultados de laboratorio y gabinete importantes en el caso)

Fuente de información:
 Registro hospitalario Vig. Epid. Activa Certificado de defunción

Servicios de atención:
 Consulta externa Hidratación oral Urgencias Hospitalización

Motivo del término de la atención:
 Mejoría Alta voluntaria Defunción

Fecha de término de la atención: _____

Observaciones:
A) No se recibirá muestra alguna si no viene acompañada de esta forma
B) Verificar que el nombre del paciente sea el mismo en la muestra que en este formulario
C) Utilizar arena de molde en el formato y en la etiqueta de la muestra
D) La muestra debe identificarse utilizando una cinta de tela adhesiva, escrita con lápiz donde se indiquen los datos relevantes del caso como:
-Nombre o clave, diagnóstico presuntivo, fecha de toma, tipo de muestra indicando también si es la 1a, 2a, 3a, etc., Si es cepa añadir la fecha de siembra y el tipo de muestra.
E) Enviar la muestra adecuada y en cantidad suficiente al estudio solicitado
F) No se recibirán muestras en envases de cristal

Anexo 6. REPORTE DE MUERTE

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA



REPORTE DE CAUSAS DE MUERTE SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

| 1.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN | | | | |
|--|-----------------------|------------------|---------------------|-----------------|
| Fecha del certificado de defunción _____ | | | | _____ |
| Nombre del fallecido _____ | | | | |
| | Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) | |
| Sexo: Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> No especificado <input type="radio"/> | | | | |
| Edad: _____ | | | | |
| Años | Meses | Días | Horas | Derechohabiente |
| Lugar de residencia habitual _____ | | | | |
| Lugar donde ocurrió la defunción: _____ | | | | |
| Fecha de la defunción: _____ | | | | |
| Certificada por: Médico Tratante <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> | | | | |
| Nombre del certificador _____ | | | | |
| 2.- CAUSAS DE MUERTE | | | | |
| | Causas | Intervalo | Clave CIE-10 | Causa Blanca |
| I | a) _____ | _____ | _____ | _____ |
| | b) _____ | _____ | _____ | |
| | c) _____ | _____ | _____ | |
| | d) _____ | _____ | _____ | |
| II | _____ | _____ | _____ | Clave CIE-10 |
| Causa sujeta a vigilancia epidemiológica _____ | | | | |
| 3.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA | | | | |
| Resultado | Si | Causa | Clave CIE-10 | |
| Ratificada | <input type="radio"/> | _____ | _____ | |
| Rectificada | <input type="radio"/> | _____ | _____ | |
| Causa Blanca después de la investigación _____ | | | | |
| Fecha: Recolección: _____ Inicio del estudio: _____ Conclusión: _____ | | | | |
| Reporte a D/EGISS: día _____ mes _____ año _____ | | | | |
| Observaciones: _____ | | | | |
| Nombre del responsable de la investigación: _____ | | | | |
| Cargo: _____ Firma: _____ | | | | |
| 4.- DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI) | | | | |
| Tipo de documento: _____ Num. de paquete: _____ Num. Acta: _____ Folio de captura: _____ | | | | |
| Nombre del codificador: _____ | | | | |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) | | |

Anexo 7. Estudio de caso de Tétanos neonatal

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESTUDIO DE CASO DE TETANOS NEONATAL

I. IDENTIFICACION

NOMBRE DEL R/N _____
 SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD _____ (Días)
 NOMBRE DE LA MADRE _____
 DOMICILIO _____
 LOCALIDAD _____ URBANA/RURAL _____
 MUNICIPIO _____ ENTIDAD _____
 TELEFONO _____

II. NOTIFICACION E INFORMACION

PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD _____
 NOTIFICACION A LA JURISDICCION/DELEG. _____
 NOTIFICACION A LA COORDINACION ESTATAL _____
 NOTIFICACION A LA DGE _____
 ESTUDIO POR UNIDAD O JURIS/DELEG. _____

INSTITUCION TRATANTE _____ (NINGUNA=0, SSA=1, IMSS-ORD=2, ISSSTE=3,
 OTRAS=4, IMSS-SOL=5, DIF=6, PEMEX=7,
 SEDENA=8, SECMAR=9, PRIVADA=10)

III. DATOS CLINICOS

FECHA DE INICIO DE SIGNOS _____
 FECHA DE HOSPITALIZACION _____
 NOMBRE DE LA UNIDAD _____

*MARQUE CON UNA X
 FIEBRE _____ DISFAGIA _____ RECHAZO AL ALIMENTO _____
 ESPASMOS _____ CONVULSIONES _____ TRISMUS _____

IV. MEDIDAS DE CONTROL

COBERTURA EN EL MUNICIPIO PREVIA AL BLOQUEO: _____ %
 SE REALIZO BLOQUEO: SI _____ NO _____
 FECHA DE INICIO ____/____/____ FECHA DE TERMINO ____/____/____
 NO. DE DOSIS APLICADAS: _____ COBERTURA: _____ %

V. SEGUIMIENTO

FECHA DE ALTA HOSPITALARIA ____/____/____
 EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD _____ (Defunción=1 -anexe copia del certificado-
 Recuperación=2, Se ignora= 9)
 FECHA DE DEFUNCION ____/____/____
 COMENTARIOS:

Anexo 8. Estudio de caso de Tétanos

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESTUDIO DE CASO DE TETANOS**

I. IDENTIFICACION

NO. DE CASO _____ JURISDICCION SANITARIA _____
 NOMBRE _____
 SEXO _____ EDAD _____
 DOMICILIO ACTUAL _____
 LOCALIDAD _____
 URBANA/RURAL _____
 MUNICIPIO _____
 ENTIDAD _____
 TELEFONO _____

II. NOTIFICACION

PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD _____/_____/_____
 NOTIFICACION A LA JURISDICCION O EQUIVALENTE _____/_____/_____
 NOTIFICACION A LA COORDINACION ESTATAL _____/_____/_____
 NOTIFICACION A LA DGE _____/_____/_____
 ESTUDIO POR UNIDAD O JURIS/DELEG. _____/_____/_____

III. UNIDAD TRATANTE

Nombre _____ Domicilio _____
 Institucion tratante _____ Derechohabiente _____ No. exp. (filación) _____
 Diagnóstico de ingreso: _____
 Nombre del médico tratante _____ Telefono _____

IV. ANTECEDENTES DE VACUNACION

Número de dosis de toxoide tetánico diftérico y/o DPT: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____
 Fuente de información: Cartilla _____ Carnet _____ Verbal _____ Otros _____

V. TIPO DE LESION

Fecha de la lesión: ____/____/____
 Via de entrada: Herida _____ Fractura: _____ Quemadura: _____ Usuario de DIV: _____ Se ignora: _____
 Otra: _____ especifique _____

VI. CUADRO CLINICO

FECHA DE INICIO _____/_____/_____
 FIEBRE _____ DISFAGIA _____ OPISTOTONOS _____
 ESPASMOS _____ CONVULSIONES _____ TRISMUS _____
 RIGIDEZ DE CUELLO _____ OTROS, especifique _____

VII. SEGUIMIENTO

HOSPITALIZADO Si No

FECHA DE ALTA HOSPITALARIA ___/___/___

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD ___

(Defunción=1 -anexe copia del certificado-
Recuperación=2, Se ignora= 9)

FECHA DE DEFUNCIÓN ___/___/___

VIII. MEDIDAS DE CONTROL

COBERTURA EN EL MUNICIPIO PREVIA AL BLOQUEO: _____%

SE REALIZÓ BLOQUEO: NO SI

FECHA DE INICIO ___/___/___

FECHA DE TÉRMINO ___/___/___

NO. DE DOSIS APLICADAS: _____

COBERTURA: _____%

IX. LABORATORIO

TOMA DE MUESTRA PARA DETERMINACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA CIRCULANTE

FECHA DE TOMA DE MUESTRA ___/___/___

FECHA DE RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO ___/___/___

RESULTADO _____

ELABORÓ ESTUDIO: _____

CARGO: _____ FECHA ___/___/___

7. Glosario

Asociación Epidemiológica: a la situación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.

Autoridad sanitaria: para los fines de esta Norma es la Secretaría de Salud, representada a través de la Dirección General de Epidemiología.

Brote: a la ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí. La existencia de un caso único bajo vigilancia especial en un área donde no existía el padecimiento se considera también como brote.

Caso: al individuo en quien se sospecha, presume o confirma que padece una enfermedad o evento de interés epidemiológico.

Caso confirmado: al caso cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares, o aquel que no requiere estudios auxiliares, pero presenta signos o síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia, o aquel que presente evidencia de asociación epidemiológica con algún caso confirmado por laboratorio.

Caso nuevo: al enfermo en quien se establece un diagnóstico por primera vez.

Caso probable: a la persona que presenta signos o síntomas sugerentes de la enfermedad bajo vigilancia.

Caso sospechoso: al individuo susceptible que presenta algunos síntomas o signos compatibles con el padecimiento o evento bajo vigilancia.

Caso probable de Tétanos (TT): Es toda persona mayor de 28 días de edad, que presenta Antecedente epidemiológico y cuadro clínico de comienzo agudo, con uno o más de los siguientes signos y/o síntomas: Trismus, opistótonos, espasmos musculares y/o convulsiones tónico clónicas, posteriores a cualquier tipo de lesión con pérdida de continuidad en tejidos.

Caso probable de Tétanos Neonatal (TNN): Se considera caso probable de Tétanos Neonatal a todo recién nacido que lloró al nacer, comió durante los primeros días de vida y que entre el 3° y 28° días posteriores al nacimiento presenta uno o más de los siguientes signos: Trismus, espasmos musculares y/o convulsiones.

Criterios para orientar el diagnóstico de un caso probable de tétanos neonatal:

- **Clínicos:** trismus, rechazo al alimento o dificultad para la succión, irritabilidad, taquicardia, espasmos musculares al menor estímulo, empuñamiento de manos, rigidez generalizada, opistótonos.

- **Epidemiológicos:** madre sin antecedentes de vacunación con TT ó TD, madre con esquema incompleto de vacunación con TT ó TD, sin atención prenatal, atención del parto por partera o personal no capacitado, atención del parto fuera de una unidad médica, corte del cordón umbilical con material no estéril, cuidados del muñón umbilical con material inadecuado, residente en un municipio repetidor o en fase de ataque para tétanos neonatal, cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil (MEF) del municipio o localidad, por debajo del 90%.

Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE): órgano colegiado a nivel estatal responsable de la aplicación y verificación de las acciones de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones del sector salud en el estado.

Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE): órgano colegiado a nivel federal interdisciplinario responsable de las políticas de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Consejo de Salubridad General: Órgano Colegiado dependiente directamente del Presidente de la República con carácter de autoridad sanitaria, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país.

Control: a la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia y de la mortalidad, en casos de enfermedad.

DGAE: Dirección General Adjunta de Epidemiología

Estudio de brote: a la investigación sistemática de los determinantes epidemiológicos de un brote.

Estudio epidemiológico de caso: a la investigación sistemática de las características de un caso y del contexto epidemiológico en el que éste ocurre.

Evento: al suceso de cierta duración asociado a un riesgo para la salud.

Jurisdicción Sanitaria: I: Tlaxcala, II: Huamantla, III: Apizaco.

Marco analítico de laboratorio: al listado de estudios o determinaciones vigentes a las que se someten las muestras biológicas, con respaldo normativo y académico, nacional e internacionales vigentes.

Monitoreo: es el proceso sistemático de vigilancia para la evaluación y análisis de riesgos.

Morbilidad: es el número de personas enfermas o, el número de casos de una enfermedad en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.

Mortalidad: al número de defunciones ocurridas por una enfermedad determinada en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.

Notificación: a la acción de informar al nivel inmediato superior acerca de la presencia de padecimientos o eventos de interés epidemiológicos.

Notimet: Sistema de Notificación Inmediata del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de México

Salud de Tlaxcala: Secretaría de Salud y Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.

SUAVE: Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica.

Unidad de vigilancia epidemiológica: a todas las dependencias y grupos de trabajo que, con base en sus atribuciones institucionales, coordinan y realizan sistemáticamente actividades de vigilancia epidemiológica.

Vigilancia convencional: a la información numérica obtenida a través del Sistema Único automatizado para la Vigilancia Epidemiológica.

Vigilancia epidemiológica especial: a la que se realiza en padecimientos y riesgos potenciales a la salud que por su magnitud, trascendencia o vulnerabilidad requieren de información adicional, así como de la aplicación de mecanismos específicos para la disponibilidad de información integral en apoyo a las acciones de prevención y control.