



TLAXCALA
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2017-2021

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
DE DIABETES MELLITUS TIPO 2
(DM T2)**



TLX
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

O.P.D. SALUD
ORGANISMO PÚBLICO 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 Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica de Diabetes Mellitus Tipo 2 para su debida observancia y se autorizó el 29 de mayo de 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	3
2. Marco Jurídico Administrativo	7
3. Relación de procedimientos.....	10
4. Políticas de calidad	10
5.- Descripción de procedimientos por área	11
5.1 Identificación y vigilancia epidemiológica de casos de Diabetes Mellitus tipo 2, hospitalaria.	11
6. Anexos.	17
7. Glosario	21

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 de 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, 4 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 no transmisibles y se va integrar con el siguiente sistema:

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Diabetes Mellitus Tipo 2 Hospitalaria**

El presente manual describe los procedimientos a seguir por las unidades centinela y las áreas de epidemiología para la vigilancia hospitalaria de la diabetes tipo 2. Así como documentar la acción organizada para dar cumplimiento a los objetivos de la vigilancia epidemiológica. Así como la evaluación de la estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa.

Se tiene por objeto mejorar el proceso de manejo y coordinación del programa de vigilancia epidemiológica, así como preparar y presentar la comprobación de su ejercicio ante las autoridades correspondientes, mediante la aplicación, registro y suministro de los recursos y servicios a los beneficiarios de los programas en forma oportuna y transparente. Así como proporcionar al personal de las áreas del programa de Vigilancia Epidemiológica de diabetes tipo 2, los elementos básicos de carácter técnico-administrativo, que permitan mejorar su desempeño.

A demás se constituye como una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades involucradas, con el objetivo de elevar la calidad del servicio que se brinda y facilitar su ejecución.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencias, organización, liderazgo y productividad. El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población tlaxcalteca.

En México debido al incremento de diabetes tipo 2 y ante las nuevas posturas para la prevención, diagnóstico y manejo de este grupo de pacientes, se realizó el rediseño del sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2 (SVEDT2) el cual ha operado desde el 2002 bajo la coordinación de la Dirección General de Epidemiología (DGE).

El panorama actual muestra la necesidad de abordar en este rediseño aspectos referentes a la de calidad en la atención del paciente con diabetes.

Se conoce que la diabetes tipo 2 incrementa el riesgo cardiovascular de los pacientes que permanecen sin diagnóstico médico y de los que tienen un pobre control de la misma; así mismo aumenta el riesgo de discapacidad. La atención médica y sus complicaciones conllevan un alto costo para las instituciones médicas y una importante proporción de gasto para los pacientes y sus familias. El registrar aspectos relevantes durante la hospitalización puede funcionar como un evento centinela que nos describa las condiciones previas y la historia posterior ante esta enfermedad.

A partir de la segunda mitad del siglo pasado México ingresó en el proceso de cambio conocido como transición epidemiológica, con una creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles como principales causas de muerte. La transición epidemiológica se refiere a un proceso de cambio en las condiciones de salud de la población, en términos de discapacidad, enfermedad y muerte. Las características principales de este proceso son el desplazamiento de la mortalidad a grupos de edad más avanzada y un cambio en las causas de muerte con un predominio de las enfermedades no transmisibles.

La transición epidemiológica de las defunciones, observada a través de las cinco principales causas de muerte en nuestro país, muestra que a partir de la década de 1940 ya se registraba un 20% de muertes provocadas por enfermedades no transmisibles, y a lo largo de cinco décadas este porcentaje fue en aumento de tal forma que para la década de los noventa, las cinco principales causas de muerte en México a consecuencia de enfermedades no transmisibles fueron: enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes, diabetes y afecciones en periodo perinatal.

Las muertes por diabetes han mostrado un incremento alarmante en las últimas décadas. De acuerdo con el número de defunciones registradas, existe una diferencia evidentemente marcada por los cambios en la calidad del registro de defunciones a partir de 1985. No

obstante los cambios en el registro, de 1901 a 1985 existió una tendencia a la alza particularmente a partir de 1969.

Este cambio se refleja también en la tasa de mortalidad específica, con un incremento del 259% en 23 años (1990-2013) lo que ha representado un incremento de 48.5 puntos, casi el doble de lo que se ha incrementado la mortalidad general (26.1 puntos). En el año 2000, la diabetes se ubicó en el noveno lugar como causa básica de muerte en México, para el 2012 subió al segundo lugar y en 2013 ocupó ya el primer lugar.

En el año 2015 se reportó una población de 12,181,104 pacientes con diagnóstico de diabetes lo que representa un 10.5 % del total de la población adulta, la edad media de fallecimiento con diabetes tipo 2 es de 66.7 años y las defunciones registradas a causa de diabetes tipo 2 para el año 2015 fueron 98,450 defunciones.

La finalidad es tener un registro completo a través del SIVAVE que permita estimar el impacto de estos defectos al nacimiento, así como identificar los factores modificables que pudieran influir en su generación. La carga que representa la diabetes ha pasado de menos del 1% del total de defunciones en 1984 al 15% en el 2013. Con un promedio de incremento porcentual anual del 200% en ese periodo.

Dadas las dimensiones que actualmente se observan tanto en morbilidad como en mortalidad, la diabetes se ha convertido en una de las principales preocupaciones para los responsables de políticas públicas ya que tiene grandes consecuencias, no solamente sobre la salud sino también sobre la economía.

Por ello, el Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 ha propuesto dentro de sus líneas de acción la ejecución de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; para mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2, ha operado como una red centinela en México desde el 2002 y en este 2015 se presenta el primer rediseño a la luz de los avances en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 2. El rediseño del sistema plantea la exploración de las condiciones del paciente previas al ingreso hospitalario, la calidad en la atención otorgada y el seguimiento de los casos mediante el registro de reingreso hospitalario.

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, para fines de clasificación y registro utiliza la CIE-10.

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.

Tratados Internacionales:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos.
Aprobado 10/12/1948.
2. Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
Aprobada 16/12/1966.
3. Convención Internacional Eliminación de Todas las Formas de Discriminación racial.
Aprobada 21/12/1965.

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 General de Salud.
D.O.F. 07/02/1984. Última Reforma D.O.F. 17/03/2015.
3. Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
D.O.F. 29/06/1992. Última Reforma D.O.F. 02/04/2014.
4. 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.

Leyes Estatales:

1. 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.
9. Ley de Asistencia Social Para el Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/03/2004. Última reforma 25/08/2006.

Códigos:

1. Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Tlaxcala.
P.O.E. 20/10/1976. Última Reforma 13/12/2013.

Reglamentos Federales:

1. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 19.01.2004. Última Reforma D.O.F. 10.01.2011.
2. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
D.O.F. 28/12/2004.
3. Reglamento de Insumos para la Salud.
D.O.F. 04/02/1998 Última Reforma D.O.F. 14/03/2014.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.
D.O.F. 06/01/1987. Última Reforma D.O.F. 02/04/2014.
5. Reglamento Interno de la Comunicación Nacional del Régimen de Protección Social en Salud. (Seguro Popular).
D.O.F. 27/02/2004 Última Reforma D.O.F. 28/11/2006.
6. Reglamento de la Comisión Federal Para la Protección Contra Riesgos Sanitarios "COFEPRIS"
D.O.F. 13/04/2004.
11. Reglamento de la Ley Federal Para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.
D.O.F. 15/09/1999.
12. Reglamento General de Seguridad Radiológica.
D.O.F. 22/11/1988.
13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
D.O.F. 05/04/2004. Última Reforma 17/12/2014.

Reglamentos Estatales:

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

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 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. 9/06/2015.

Normas:

1. NOM-021-SSA1-1993, Salud Ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente con respecto al monóxido de carbono (CO). Valor permisible para la concentración de monóxido de carbono en aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población.
2. NOM-022-SSA1-2010, Salud Ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al dióxido de azufre (SO₂). Valor Normado para la concentración de dióxido de azufre (SO₂) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población.
3. NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.
4. NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de las enfermedades bucales.
5. NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
6. NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
7. NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
8. NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud.
9. NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
10. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
11. NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
12. 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:

Atención y seguimiento para una adecuada vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles.

Procedimientos:

1. Identificación y vigilancia epidemiológica de casos de Diabetes Mellitus tipo 2, hospitalaria.

4. Políticas de calidad

- a. Toda la información que proporciona el paciente deberá ser manejada por el personal de salud involucrado de manera confidencial y la anexará al expediente clínico.
- b. La información que se obtenga del estudio de caso del paciente con diabetes tipo 2 deberá ser validada por el Epidemiólogo Jurisdiccional y por el Responsable del Programa de Enfermedades No Transmisibles para dar certeza de la misma.
- c. El epidemiólogo hospitalario le dará seguimiento hasta su egreso hospitalario a todos los estudios de caso de los pacientes, para obtener la mayor cantidad de información del padecimiento.
- d. Todo el personal de salud deberá realizar la vigilancia epidemiológica de la diabetes tipo 2 en apego a la Norma Oficial Mexicana para la vigilancia epidemiológica NOM-017- y 015 SSA2-2012.
- e. La vigilancia convencional se realizará a través de la notificación semanal en el SUAVE, con la publicación de la información en el boletín epidemiológico cada trimestre.
- f. La vigilancia hospitalaria de diabetes tipo 2 se realizará por medio del sistema de unidades monitoras. Las unidades monitoras de diabetes tipo 2 se definirán a partir de unidades de segundo y tercer nivel de atención.

5.- Descripción de procedimientos por área

5.1 Identificación y vigilancia epidemiológica de casos de Diabetes Mellitus tipo 2, hospitalaria.

1. Objetivo

Detectar pacientes no diagnosticados como diabéticos y dar seguimiento oportuno a los pacientes que ingresan a una unidad hospitalaria, provenientes de un primer nivel de atención para identificar las complicaciones de la patología, así como las deficiencias en las áreas del primer nivel de atención, para determinar y mejorar la situación epidemiológica del Estado en la materia.

2. Alcance.

Todas las unidades monitoras (hospitales de segundo y tercer nivel de atención) del sistema Nacional de Salud, los epidemiólogos de cada unidad médica centinela, los epidemiólogos jurisdiccionales y el Responsable del Programa de Enfermedades No Transmisibles.

3. Políticas de operación.

- a. La identificación de casos se deberá realizar por el epidemiólogo hospitalario de la unidad.
- b. El epidemiólogo hospitalario deberá clasificar en un tiempo no mayor a 24 horas de su ingreso, el estudio de caso que se aplicará al paciente, puede ser: caso incidente utilizará el (Anexo-1); caso prevalente utilizará el (Anexo-2).
- c. El epidemiólogo hospitalario deberá subir la información del estudio de caso (incidente o prevalente) a plataforma de SINAVE en diabetes mellitus tipo 2 dentro de las 24 horas posteriores al ingreso del paciente o después del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- d. El epidemiólogo hospitalario deberá dar seguimiento al paciente durante su estancia hospitalaria y actualizará o corregirá el estudio de caso.
- e. El epidemiólogo hospitalario deberá cerrar el estudio de caso al egreso del paciente, en la plataforma del SINAVE. La plataforma permite realizar alguna corrección o completar información faltante del estudio de caso máximo a los 5 días posteriores al egreso del paciente, después de esta fecha no se podrán hacer correcciones, en caso de sobrepasar el tiempo deberá notificar al responsable estatal del programa de enfermedades no transmisibles.
- f. El epidemiólogo del hospital realizará un concentrado con sus estudios de caso que será enviado a nivel jurisdiccional de manera quincenal para su conocimiento de los mismo y análisis, con la finalidad de conocer de manera inmediata la información y actuar de manera conjunta con el Programa de Salud del Adulto Mayor para mejorar la atención del paciente.
- g. El epidemiólogo jurisdiccional validará la información emitida por los epidemiólogos hospitalarios, para asegurar la calidad de la información.

- h. El epidemiólogo jurisdiccional notificará al nivel inmediato superior los eventos de relevancia epidemiológica.
- i. El epidemiólogo jurisdiccional deberá identificar a partir del análisis de la información. (Por ejemplo: baja calidad en la atención médica pre hospitalaria y hospitalaria, cambios en el panorama epidemiológico, aumento inusual de casos, incremento inusual de la discapacidad observada), para el trabajo interinstitucional.
- j. El epidemiólogo jurisdiccional deberá verificar el cierre de los casos y los indicadores de calidad de la información.
- k. El Responsable estatal del programa de enfermedades no transmisibles deberá verificar y validar la información enviada por las jurisdicciones, así como de vigilar el cumplimiento respecto a los tiempos de notificación y registro del estudio de caso
- l. El Responsable estatal del programa de enfermedades no transmisibles deberá validar y notificar al nivel inmediato superior los eventos de relevancia epidemiológica, identificados a partir del análisis de la información y generará los boletines epidemiológicos de manera trimestral.
- m. El Responsable estatal del programa de enfermedades no transmisibles deberá realizar el análisis de los indicadores de caminando a la excelencia de manera trimestral para conocer que unidad tiene bajos sus indicadores y de esta manera reforzar a la unidad médica.
- n. El área de informática estatal de epidemiología deberá revisar la plataforma de diabetes tipo 2 y solicitar a las unidades hospitalarias que suban a la plataforma su información.
- o. El Responsable Estatal de Enfermedades No Transmisibles deberá coordinarse con las Instituciones del Sector Salud en el Estado.
- p. En apego al Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la diabetes tipo 2, el epidemiólogo hospitalario deberá captar los casos que cumplan con la siguiente definición:

Caso confirmado de diabetes tipo 2: Toda persona mayor de 15 años que tenga una glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dL, o una glucemia plasmática >200 mg/dL dos horas después de haber consumido 75 grs de glucosa anhidrida disuelta en 300 ml de agua, o bien presentar una hemoglobina glucosilada >6.5%.

Se deberán ingresar en el sistema los datos de todos los pacientes identificados sea o no la enfermedad o sus complicaciones la causa de ingreso hospitalario. Una vez captados por el sistema, los casos se clasificarán de la siguiente manera: Caso

En apego al Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la diabetes tipo 2, el epidemiólogo hospitalario deberá realizar lo siguiente de acuerdo a cada caso: Incidente, Prevalente.

- q. En apego al Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la diabetes tipo 2, el epidemiólogo hospitalario deberá tomar las acciones que corresponden a cada caso:

I. Acciones ante un caso incidente de diabetes

- Aplicar la definición operacional
- Llenar el formato de estudio de caso incidente (anexo 1)
- Notificar en plataforma de diabetes tipo 2, dentro de las primeras 24 horas en que se identificó el caso
- Completar la información faltante del formato de estudio de caso incidente al momento de pre alta o del egreso hospitalario
- Capturar en plataforma la información correspondiente al egreso
- Validar la información capturada en plataforma y realizar o solicitar los cambios pertinentes a la DGE
- Realizar el análisis epidemiológico a partir de la base de datos

II. Acciones ante un caso prevalente de diabetes

- Aplicar la definición operacional
- Llenar el formato de estudio de caso prevalente (anexo 2)
- Identificar en plataforma el registro previo del caso
- Notificar en plataforma de diabetes tipo 2, dentro de las primeras 48 horas en que se identificó el reingreso del caso
- Completar la información faltante del formato de estudio de caso prevalente al momento de la pre alta o del egreso hospitalario.
- Capturar en plataforma la información correspondiente al egreso
- Validar la información capturada en plataforma y realizar o solicitar los cambios pertinentes a la DGE.

4. Referencias normativas:

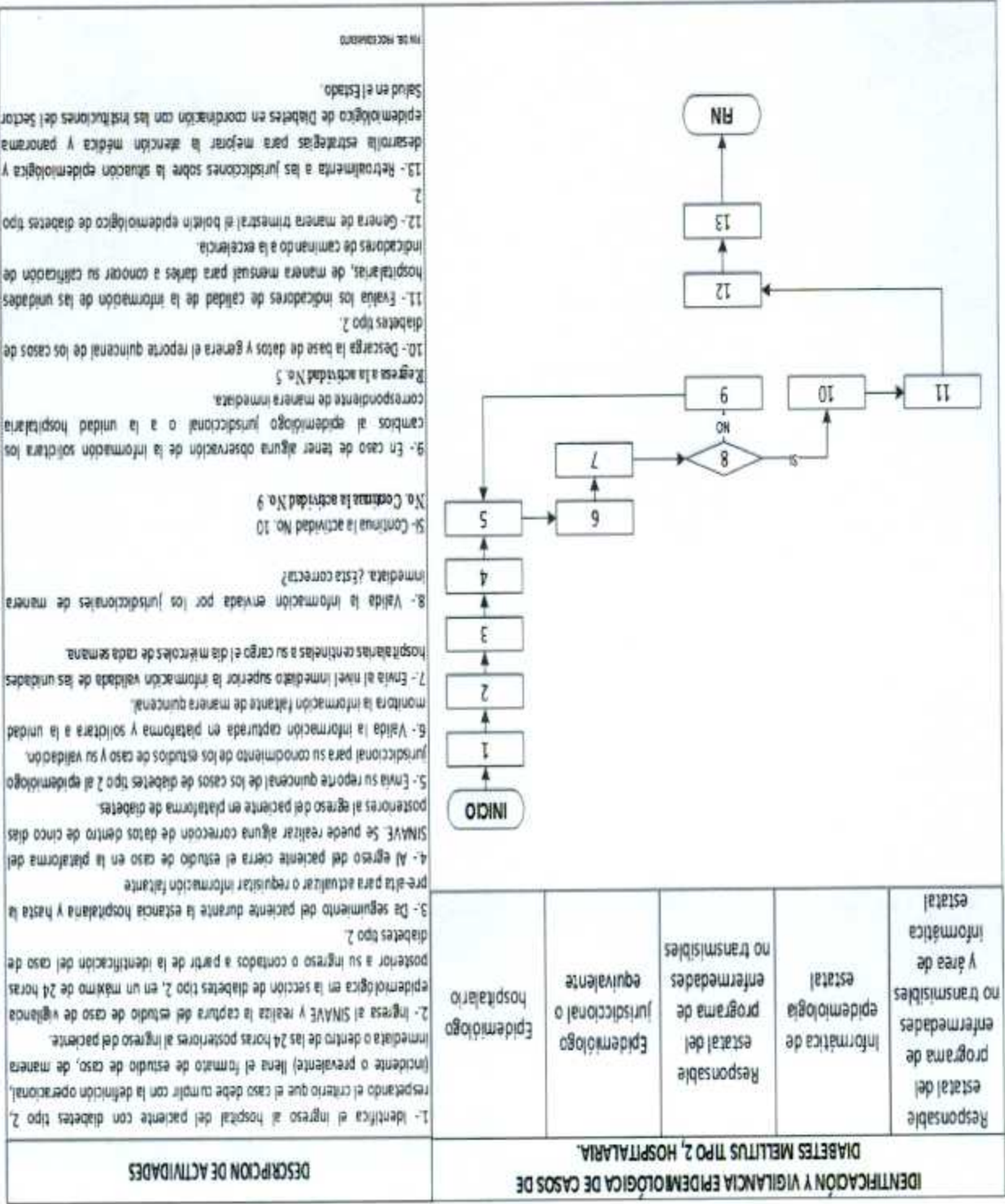
- Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la diabetes tipo 2, emitido por la Dirección General de Epidemiología, disponible en el portal electrónico http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/vig_epid_manuales.html
- Norma Oficial Mexicana NOM -15-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
- Norma Oficial Mexicana NOM -17-SSA2-2010 para la vigilancia epidemiológica.

5. Descripción de actividades

Identificación y vigilancia epidemiológica de casos de Diabetes Mellitus tipo 2, hospitalaria		
Responsable	Paso	Detalle de la actividad
Epidemiólogo hospitalario	1	Identifica el ingreso al hospital del paciente con diabetes tipo 2, respetando el criterio que el caso debe cumplir con la definición operacional, (incidente o prevalente) llena el formato de estudio de caso, de manera inmediata o dentro de las 24 horas posteriores al ingreso del paciente.
Epidemiólogo hospitalario	2	Ingresa al SINAVE y realiza la captura del estudio de caso de vigilancia epidemiológica en la sección de diabetes tipo 2, en un máximo de 24 horas posterior a su ingreso o contados a partir de la identificación del caso de diabetes tipo 2.
Epidemiólogo hospitalario	3	Da seguimiento del paciente durante la estancia hospitalaria y hasta la pre-alta para actualizar o requisitar la información faltante.
Epidemiólogo hospitalario	4	Al egreso del paciente cierra el estudio de caso en la plataforma del SINAVE. Se puede realizar alguna corrección de datos dentro de cinco días posteriores al egreso del paciente en plataforma de diabetes.
Epidemiólogo hospitalario	5	Envía su reporte quincenal de los casos de diabetes tipo 2 al epidemiólogo jurisdiccional para su conocimiento de los estudios de caso y su validación.
Epidemiólogo jurisdiccional o equivalente	6	Valida la información capturada en plataforma y solicitará a la unidad monitorea la información faltante de manera quincenal.
Epidemiólogo jurisdiccional o equivalente	7	Envía al nivel inmediato superior la información validada de las unidades hospitalarias centinelas a su cargo el día miércoles de cada semana.
Responsable estatal del programa de enfermedades no transmisibles	8	Valida la información enviada por los jurisdiccionales de manera inmediata. ¿Esta correcta? Si- Continúa la actividad No. 10 No. Continúa la actividad No. 9

Responsable estatal del programa de enfermedades no transmisibles	9	En caso de tener alguna observación de la información solicitará los cambios al epidemiólogo jurisdiccional o a la unidad hospitalaria correspondiente de manera inmediata. Regresa a la actividad No. 5
Informática de epidemiología estatal	10	Descarga la base de datos y genera el reporte quincenal de los casos de diabetes tipo 2.
Responsable estatal del programa de enfermedades no transmisibles y área de informática estatal	11	Evalúa los indicadores de calidad de la información de las unidades hospitalarias, de manera mensual para darles a conocer su calificación de indicadores de caminando a la excelencia.
Responsable estatal del programa de enfermedades no transmisibles	12	Genera de manera trimestral el boletín epidemiológico de diabetes tipo 2.
Responsable estatal del programa de enfermedades no transmisibles	13	Retroalimenta a las jurisdicciones sobre la situación epidemiológica y desarrolla estrategias para mejorar la atención médica y panorama epidemiológico de Diabetes en coordinación con las Instituciones del Sector Salud en el Estado.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de flujo



7. Formatos.

- Formato de estudio de caso de diabetes. Caso incidente.
- Formato de estudio de caso de diabetes. Caso prevalente.

4. Anexos.

ANEXO 1. Formato de estudio de caso de diabetes. Caso incidente.



FORMATO DE ESTUDIO DE CASO DE DIABETES TIPO 2 HOSPITALIZADO

CASO INCIDENTE

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE			
NO. DE AFILIACIÓN _____		NO. DE EXPEDIENTE _____	
NOMBRE _____			
Apellido paterno _____	Apellido materno _____	Nombre(s) _____	
RFC _____		CURP _____	
DATOS DEL NACIMIENTO			
ESTADO DE NACIMIENTO _____		MUNICIPIO DE NACIMIENTO _____	
FECHA DE NACIMIENTO: Dia _____ Mes _____ Año _____		EDAD Años _____ Meses _____ Días _____	
RESIDENCIA			
ESTADO _____		MUNICIPIO _____	
LOCALIDAD _____		LOCALIDAD _____	
CALLE y número _____		CALLE y número _____	
ENTRADA _____		C.P. _____	
OTROS			
OCCUPACIÓN _____		ESCOLARIDAD: ☐ Sin escolaridad ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Universitaria ☐ Se ignora	
ES INDIGENA ☐ Si ☐ No ☐ No especifica		HABLA LENGUA INDIGENA ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce ¿Cuál? _____	
II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE			
ESTADO _____		SUBDIRECCIÓN _____	
MUNICIPIO _____		LOCALIDAD _____	
NOMBRE DE LA UNIDAD _____		CÓDIGO _____	
III. ANTECEDENTES			
TIENE FAMILIARES CON DIABETES: ☐ Padres o madre ☐ Herederos ☐ Abuelos ☐ Otros ☐ Ninguno ☐ Desconocido			
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: ☐ Si ☐ No CON QUÉ FRECUENCIA: ☐ Menos de 30 minutos por día ☐ Entre 30 y 60 minutos por día ☐ Más de 60 minutos por día			
ACTUALMENTE CONSUME TABACO: ☐ Siempre más de 3 cigarros ☐ Entre 2 y 3 cigarros ☐ Entre uno y dos ☐ De 2 a 3 veces por semana ☐ De 1 a 2 veces por semana ☐ Una vez a la semana ☐ De 2 a 3 veces por mes ☐ Una vez al mes ☐ Nunca ha fumado ☐ Ya no lo usa ☐ Solo lo uso una vez			
DESDE QUÉ EDAD COMENZÓ A FUMAR _____ años HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR: ☐ Si ☐ No			
PRESENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:			
☐ Tuberculosis ☐ Cáncer ☐ Hipertensión ☐ Hipertensión arterial ☐ Otras ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido			
HA RECIBIDO CONSULTA POR UN NUTRIÓLOGO: ☐ Al menos una consulta en el último mes ☐ Al menos una consulta en el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca			
HA RECIBIDO CONSULTA POR UN OFTALMOLOGO: ☐ Al menos una consulta en el último mes ☐ Al menos una consulta en el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca			
LE HAN REALIZADO EXAMEN DE LOS PIES: ☐ Al menos una vez en el último mes ☐ Al menos una vez en el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca			
LE HAN REALIZADO EXAMEN DE OÍDAS: ☐ Al menos una vez en el último mes ☐ Al menos una vez en el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca			
TIENE CONOCIMIENTO DE QUÉ PUEDE DIABETES: ☐ Si ☐ No			
HA RECIBIDO PLÁTICAS SOBRE EL CUIDADO DE LA DIABETES: ☐ Al menos una vez en el último mes ☐ Al menos una vez en el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca			
HA ASISTIDO A UN GRUPO DE AYUDA MUTUA: ☐ Desde hace un mes ☐ Desde hace un año ☐ Desde hace más de un año ☐ Nunca			
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD POR DIABETES: ☐ Si ☐ No			
CUAL ES LA DISCAPACIDAD QUE PRESENTA: ☐ Audición ☐ Visión ☐ Tacto ☐ Memoria ☐ Orientación ☐ Para comunicarse ☐ Aprendizaje ☐ Autocuidado			
COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO LE HAN INDICADO: ☐ Ejercicio ☐ Si ☐ No ☐ Otro ☐ Si ☐ No			
ACTUALMENTE USA ALGUN MEDICAMENTO PARA EL MANEJO DE LA DIABETES: ☐ Si ☐ No			
¿QUÉ TIPO DE MEDICAMENTO?			
HIPOGUCEMANTES ORALES: ☐ Glimepirida ☐ Glipizida ☐ Glimepirida ☐ Otro ¿Cuál? _____			
HACE CUÁNTO INICIÓ EL USO DE HIPOGUCEMANTES: (meses/años) _____			
INSULINAS: ☐ Regular ☐ Lente ☐ Humana (NPH) ☐ Humana ☐ Aspart ☐ Glargina ☐ Glargina			
HACE CUÁNTO INICIÓ EL USO DE INSULINA: (meses/años) _____			
OTROS MEDICAMENTOS: ☐ Acido acetil salicílico ☐ Clopidogrel ☐ Otros _____			

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DM T2

IV. INGRESO AL HOSPITAL

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: ____/____/____

EL PACIENTE LLEGO AL HOSPITAL: ☐ Referido ☐ Por su cuenta

PESO: ____ Kg. TALLA: ____ Mts. CIRCUNFERENCIA DE CINTURA: ____ cm. PRESIÓN SISTÓLICA: ____ mmHg. PRESIÓN DIASTÓLICA: ____ mmHg.

SERVICIO DE INGRESO: ☐ Urgencias ☐ Consulta externa ☐ Hospitalización

EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INGRESO ESTÁ RELACIONADO DIRECTAMENTE CON LA DIABETES ☐ SI ☐ NO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INGRESO:

☐ Hipoglucemia ☐ Deshidratación ☐ IRC con diálisis ☐ Neuropatía diabética ☐ Tuberculosis ☐ Proceso infeccioso

☐ Coma diabético ☐ Miocardio ☐ IRC con hemodiálisis ☐ Cardiopatía isquémica ☐ VIH/SIDA ☐ Gonorrea

☐ Estado hiperemético ☐ Insuficiencia renal ☐ Patología diabética ☐ Evento Cardiovascular ☐ Marcapasos ☐ Otro: _____

ÁREA DE ATENCIÓN MÉDICA

DURANTE SU INTERNAMIENTO SE LE REALIZÓ:

Intervención por infección: ☐ SI ☐ NO. Rendimiento por: ☐ SI ☐ NO. Valoración por oftalmólogo: ☐ SI ☐ NO. Evaluación del funcionamiento renal: ☐ SI ☐ NO.

PRESENTO INFECCIÓN NOSOCOMIAL: ☐ SI ☐ NO

QUE TIPO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL PRESENTO: ☐ Neumonia ☐ VU ☐ Fiebre ☐ Diarrea ☐ Bacteriemia ☐ Infección herida quirúrgica

TRATAMIENTO UTILIZADO PARA EL CONTROL DE LA GLUCOSA DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA

HPOGLUCEMANTES ORALES: ☐ Glimepirida ☐ Glipizida ☐ Metformina ☐ Otro: _____ ¿Cuál? _____

INSULINA: ☐ Regular ☐ Lantus ☐ Humana (NPH) ☐ Basalag ☐ Aspart ☐ Glargina ☐ Glargina

OTROS MEDICAMENTOS: ☐ Acido acético salicilico ☐ Compuesto: _____

V. ESTUDIOS DE LABORATORIO

Nota: la prueba de laboratorio correspondiente a los estudios de laboratorio y la prueba de laboratorio correspondiente a los estudios de laboratorio.

FECHA	Da	Mes	Año	Glucosa	Colectora L.D.	Colectora HDL	Triglicéridos	Urea en orina	Creatinina sérica
FECHA				mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
FECHA				mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
FECHA				mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
FECHA				mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
FECHA				mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA: ____ %

FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA: ____/____/____

DE REALIZAR PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO RENAL: ☐ SI ☐ NO

FECHA: ____/____/____

Albumina en orina: ____ mg/dL

Creatinina en orina: ____ mg/dL

VI. EGRESO DEL HOSPITAL

ESTATUS DE SEGUIMIENTO: ☐ En seguimiento ☐ Egreso

MOTIVO DE EGRESO: ☐ Regreso ☐ Alta voluntaria ☐ Pasado a otra unidad ☐ Defunción

FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO: ____/____/____

FECHA DE DEFUNCIÓN: ____/____/____

CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Parte I

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

Parte II

Defunción de: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE EGRESO:

☐ Descompensación Compensada ☐ Insuficiencia renal sin diálisis ☐ Cardiopatía isquémica ☐ Tuberculosis ☐ Proceso infeccioso limitado

☐ Neutrofilia sin amputación ☐ Insuficiencia renal con diálisis ☐ HAS controlada ☐ VIH/SIDA ☐ Postoperatorio relacionado a diabetes

☐ Neutrofilia con amputación ☐ IRC con hemodiálisis ☐ Secuelas de EVC ☐ Alteración diabética ☐ Postoperatorio no relacionado a diabetes

☐ Otro: _____

Especifique: _____

¿CÓMO ES EL TRATAMIENTO A SEGUIR? ☐ Farmacológico ☐ Dieta y ejercicio ☐ Ambos

MANEJO FARMACOLÓGICO AL EGRESO

HPOGLUCEMANTES ORALES: ☐ Glimepirida ☐ Glipizida ☐ Metformina ☐ Otro: _____ ¿Cuál? _____

INSULINA: ☐ Regular ☐ Lantus ☐ Humana (NPH) ☐ Basalag ☐ Aspart ☐ Glargina ☐ Glargina

OTROS MEDICAMENTOS: ☐ Acido acético salicilico ☐ Compuesto: _____

EL PACIENTE FUE REFERIDO A: ☐ Tercer Nivel de atención ☐ Control de Especialidad ☐ Otra Unidad ☐ Otro Instituto

Nombre de quien realizó la información

Nombre de quien realizó la información

ANEXO 2. Formato de estudio de caso de diabetes. Caso prevalente



FORMATO DE ESTUDIO DE CASO DE DIABETES TIPO 2 HOSPITALIZADO

CASO PREVALENTE

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE			
FOLIO PLATAFORMA: _____			
NOMBRE: _____			
RFC: _____		CURP: _____	
II. ANTECEDENTES			
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA ☐ SI ☐ NO CON QUÉ FRECUENCIA: ☐ Menos de 30 minutos por día ☐ Entre 30 a 60 minutos por día ☐ Más de 60 minutos por día			
ACTUALMENTE CONSUME TABACO ☐ Siempre más de 3 veces ☐ Entre 2 a 3 veces ☐ Entre una vez ☐ De 2 a 3 veces por semana ☐ Una vez a la semana ☐ De 2 a 3 veces por mes ☐ Una vez al mes ☐ Menos de un cigarrillo al mes ☐ Ya no lo usa ☐ Solo lo usa una vez ☐ Nunca ha fumado			
DESDE QUÉ EDAD COMENZÓ A FUMAR _____ años HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR ☐ SI ☐ NO			
PADOCE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES			
☐ Tuberculosis	☐ Cáncer	☐ Obesidad	☐ Hipertensión arterial
☐ Varicela	☐ Depresión	☐ Diabetes	☐ Enfermedades hepáticas
HA RECIBIDO CONSULTA POR UN NUTRIÓLOGO ☐ Al menos una consulta en el último mes ☐ Al menos una consulta en el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca			
HA RECIBIDO CONSULTA POR UN OTOLINGÜECOLÓ ☐ Al menos una consulta en el último mes ☐ Al menos una consulta en el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca			
LES HAN REALIZADO REVISIÓN DE LOS PIES ☐ Al menos una vez en el último mes ☐ Al menos una vez en el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca			
LE HAN REALIZADO EXAMEN DE ORINA ☐ Al menos una vez en el último mes ☐ Al menos una vez en el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca			
TIENE CONOCIMIENTO DE QUE PADOCE DIABETES ☐ SI ☐ NO HACER CUANTO TIEMPO SE CONOCE CON DIABETES ☐ Menos de un año ☐ Entre 1 a 5 años ☐ Más de 5 años			
HA RECIBIDO PLÁTICAS SOBRE EL CUIDADO DE LA DIABETES ☐ Al menos una vez en el último mes ☐ Al menos una vez en el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca			
HA ASISTIDO A UN GRUPO DE AYUDA MUTUA ☐ Desde hace un mes ☐ Desde hace un año ☐ Desde hace más de un año ☐ Nunca			
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD POR DIABETES ☐ SI ☐ NO			
CUAL ES LA DISCAPACIDAD QUE PRESENTA ☐ Auditiva ☐ Motora ☐ Visual ☐ Mental ☐ Crónológica ☐ Para comunicarse ☐ Aprendizaje ☐ Autocuidado			
(COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO) LE HAN INDICADO ☐ Ejercicio ☐ SI ☐ NO Dieta ☐ SI ☐ NO			
ACTUALMENTE USA ALGUN MEDICAMENTO PARA EL MANEJO DE LA DIABETES ☐ SI ☐ NO			
QUÉ TIPO DE MEDICAMENTO			
HPOGLUCEMANTES ORALES ☐ Glimepirida ☐ Glipizida ☐ Metformina ☐ Otro: _____			
HACE CUANTO TIEMPO HA ESTADO USANDO HPOGLUCEMANTES ☐ Menos de un año ☐ Entre 1 a 5 años ☐ Más de 5 años			
INSULINA ☐ Regular ☐ Larga ☐ Humana (NPH) ☐ Delante ☐ Atrás ☐ Glargina ☐ Glargina			
HACE CUANTO TIEMPO HA ESTADO USANDO INSULINA ☐ Menos de un año ☐ Entre 1 a 5 años ☐ Más de 5 años			
OTROS MEDICAMENTOS ☐ Acido acetil salicílico ☐ Clopidogrel			
III. REINGRESO AL HOSPITAL			
FECHA DE REINGRESO AL HOSPITAL: _____ EL PACIENTE LLEGÓ AL HOSPITAL ☐ Refugiado ☐ Por su cuenta			
PESO: _____ kg TALLA: _____ m CIRCUNFERENCIA DE CINTURA: _____ cm PRESIÓN SISTÓLICA: _____ mmHg PRESIÓN DIASTÓLICA: _____ mmHg			
SERVICIO DE INGRESO ☐ Urgencias ☐ Consulta externa ☐ Hospitalización			
EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INGRESO ESTÁ RELACIONADO DIRECTAMENTE CON LA DIABETES ☐ SI ☐ NO			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INGRESO			
☐ Hipoglucemia	☐ Deshidratación	☐ IRC con azotemia	☐ Neumopatía diabética
☐ Cetoacidosis	☐ Necrosis	☐ IRC con hemodialisis	☐ Cardiopatía isquémica
☐ Estado hiperosmolar	☐ Insuficiencia renal	☐ Retinopatía diabética	☐ Evento Cardiovascular
☐ Mieloma múltiple	☐ Miocardiopatía	☐ Chaga	☐ Trombocitopenia
☐ Leucemia	☐ Linfoma	☐ Tumor	☐ Infección
DURANTE SU INTERNAMIENTO SE LE REALIZÓ			
Interconsulta por nutriólogo ☐ SI ☐ NO Revisión de pies ☐ SI ☐ NO Interconsulta por oftalmólogo ☐ SI ☐ NO Evaluación del funcionamiento renal ☐ SI ☐ NO			
PRESENTE INFECCIÓN NOSOCOMIAL ☐ SI ☐ NO			
QUÉ TIPO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL PRESENTE ☐ Neumonia ☐ Vri ☐ Fiebre ☐ Diarrea ☐ Bacteriemia ☐ Infección herida quirúrgica			
TRATAMIENTO UTILIZADO PARA EL CONTROL DE LA GLUCOSA DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA			
HPOGLUCEMANTES ORALES ☐ Glimepirida ☐ Glipizida ☐ Metformina ☐ Otro: _____			
INSULINA ☐ Regular ☐ Larga ☐ Humana (NPH) ☐ Delante ☐ Atrás ☐ Glargina ☐ Glargina			
OTROS MEDICAMENTOS ☐ Acido acetil salicílico ☐ Clopidogrel			

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DM T2

IV - ESTUDIOS DE LABORATORIO													
Nota: la prueba analítica deberá corresponder a los valores establecidos en el registro hospitalario y si aplica deberán además corresponder al registro hospitalario													
FECHA	____/____/____	Glucosa	mg/dL	Colesterol LDL	mg/dL	Colesterol HDL	mg/dL	Triglicéridos	mg/dL	Urea sérica	mg/dL	Creatinina sérica	mg/dL
FECHA	____/____/____	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL
FECHA	____/____/____	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL
FECHA	____/____/____	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL
FECHA	____/____/____	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL	____	mg/dL
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA		____	%	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA		____/____/____							
SE REALIZARON PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO RENAL		☐ Si	☐ No	FECHA		____/____/____	Albumina en orina		____	Creatinina en orina	____		
V EGRESO DEL HOSPITAL													
ESTATUS DE SEGUIMIENTO		☐ Si seguimiento	☐ Egresado	FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO		____/____/____							
MOTIVO DE EGRESO		☐ Mayoría	☐ Alta voluntaria	☐ Traslado a otra unidad	☐ Defunción	FECHA DE DEFUNCIÓN		____/____/____					
CAUSAS DE DEFUNCIÓN							Clasificación CIE-10						
Parte I													
A													
B													
C													
D													
Parte II													
DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO													
☐ Descompensación Coronaria ☐ Insuficiencia renal en diálisis ☐ Cardiopatía isquémica ☐ Tuberculosis ☐ Proceso infeccioso sistémico ☐ Paciente en amputación ☐ Insuficiencia renal con diálisis ☐ HAS controlada ☐ VIH/SIDA ☐ Postoperatorio relacionado a diabetes ☐ Paciente con amputación ☐ IRC con hemodiálisis ☐ Secuelas de EIC ☐ Alérgico a drogas ☐ Postoperatorio no relacionado a diabetes ☐ Otro _____ Especifique _____													
CUAL ES EL TRATAMIENTO A SEGUIR ☐ Farmacológico ☐ Dieta y ejercicio ☐ Ambos													
MANEJO FARMACOLÓGICO AL EGRESO													
HIPOLUCEMANTES ORALES ☐ Glimepiramida ☐ Glipizida ☐ Metformina ☐ Otro: _____ Cual: _____													
INSULINA ☐ Regular ☐ Larga ☐ Humana (NPH) ☐ Detemir ☐ Aspart ☐ Glargina ☐ Olanzapina													
OTROS MEDICAMENTOS ☐ Acido acético salicílico ☐ Compresión													
EL PACIENTE FUE REFERIDO A: ☐ Tercer Nivel de atención ☐ Centro de Especialidad ☐ Otra Unidad ☐ Otra Institución													

Nombre de quien recabó la información

Nombre de quien validó la información

7. Glosario

Salud de Tlaxcala: hace referencia a la Secretaría de Salud y al OPD Salud de Tlaxcala.

Definición de unidades monitoras de diabetes tipo 2: La vigilancia hospitalaria de diabetes tipo 2 se debe realizar por medio del sistema de unidades monitoras. Las unidades monitoras de diabetes tipo 2 se definirán a partir de unidades de segundo y tercer nivel de atención, que sean asignadas en conformidad con el nivel estatal y validadas por los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica (CEVE), de preferencia que sean unidades de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).

Cada una de las entidades deberá proponer al menos una unidad hospitalaria, las unidades notificantes o centinela podrán ser seleccionadas de acuerdo con los siguientes criterios:

- Registren carga de morbilidad por diabetes tipo 2
- Dinámica de movimiento poblacional
- Cumplan con recursos de:

Personal: al menos un epidemiólogo o personal de salud que haya recibido capacitación en vigilancia epidemiológica, que pueda realizar el estudio de caso, el análisis de la información epidemiológica

Espacio físico: espacio de trabajo para el epidemiólogo o responsable de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica (UVE)

Comunicación: acceso a teléfono y equipo de cómputo con conexión a Internet para la notificación en línea y manejo de bases de datos, con sistema de energía ininterrumpida.

Caso incidente: Paciente que cumple con la definición de caso confirmado cuyos datos han sido ingresados por primera vez en el sistema de vigilancia, independientemente del momento de diagnóstico y del tratamiento previo.

Caso prevalente: Paciente que cumple con la definición de caso confirmado que reingresa a la unidad hospitalaria y que por lo tanto ya cuenta con un registro en el sistema de vigilancia.

Caso en seguimiento: Persona con diabetes cuyos datos han sido ingresados en el sistema de vigilancia pero que aún no ha egresado de la unidad hospitalaria.

Caso cerrado: Persona con diabetes cuyos datos han sido ingresados en el sistema de vigilancia y que recibió el egreso de la unidad hospitalaria y por lo tanto se cuenta con su información de cierre.