

TLAXCALA
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2017-2021

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DE
LA PARALISIS FLACIDA AGUDA
(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 Procedimientos para la Atención de la Parálisis Flácida Aguda (Vigilancia de enfermedades transmisibles), para su debida observancia y se autorizó el día 29 del mes de Mayo del 2017.

REVISÓ

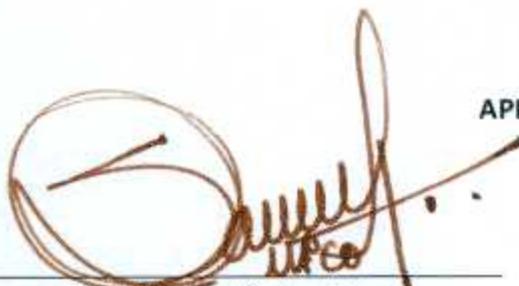


Dra. Verónica Ortega Gutiérrez
Jefa del Departamento de Epidemiología



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	3
2. Marco jurídico administrativo	5
3. Relación de procedimientos	11
4. Políticas generales	11
5.- Descripción de procedimientos por área	13
5.1 Procedimientos ante caso probable de parálisis flácida aguda (PFA)	13
5.2 Procedimientos ante defunción por parálisis flácida aguda (PFA)	18
5.3 Procedimientos para muestras de laboratorio	24
6. Anexos	31
7. Glosario	50

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, 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 Parálisis Flácida Aguda (PFA)

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.

Si bien la Vigilancia Epidemiológica de Poliomielitis como Subsistema Especial inició en 1984, desde 1986 inició el Programa de Erradicación, con lo que el último caso de poliomielitis salvaje se presentó en 1990. A partir de entonces se mantiene la vigilancia mediante la estrategia de vigilancia sindromática que capta todos los casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA), cuyo fin es identificar oportunamente los casos importados o no, que pudieran iniciar cadenas de transmisión en el estado.

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.O.F. 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 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.

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 2017.
P.O. 30/01/2017.

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

3.1 Proceso:

Control y Seguimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de casos o brotes de Parálisis Flácida Aguda (PFA).

Procedimientos:

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

4. Políticas generales

Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones:

- a. El médico responsable de la unidad médica deberá identificar y notificar oportunamente los casos probables de Parálisis Flácida Aguda (PFA) 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.
- b. El médico responsable de la unidad médica deberá identificar oportunamente a los contactos del probable Parálisis Flácida Aguda (PFA). Y notificar la totalidad de los casos probables a través del "Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades" SUIVE-1 (Anexo 2).
- c. El área de informática deberá realizar la captura del caso en el Sistema de Parálisis Flácida Aguda del SINAVE e incluir los datos de identificación del caso, así como los signos y síntomas descritos en las definiciones operacionales.
- d. 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).
- e. El médico responsable de la unidad médica deberá realizar el estudio epidemiológico de caso de PFA y enviarlo al nivel inmediato superior (Anexo 7). Llenar la totalidad del estudio para los casos de 0 a 14 años y requisitar solo las variables autorizadas para los de 15 y más; no llenar para este grupo de edad las variables que se encuentran marcadas en el estudio epidemiológico y las enviará a la Jurisdicción Sanitaria dentro de las primeras 48 horas para su captura en el sistema correspondiente (SINAVE), de contar con el sistema informático, deberá capturarlo en la misma unidad.

- f. El Neurólogo deberá realizar una valoración neurológica detallada al inicio del padecimiento y entre 30 y 60 días de evolución (Anexo 8). Se realizarán dos valoraciones neurológicas a los casos de 0 a 14 años y a los de 15 y más años sólo se les realizará una valoración neurológica. A los casos de 0 a 14 años o de cualquier edad con diagnóstico clínico de poliomielitis se debe realizar una electromiografía y velocidad de conducción nerviosa a los 21 días de evolución (desde el inicio de la parálisis). Realizar, a criterio del médico tratante, los estudios clínicos de laboratorio: estudio de líquido cefalorraquídeo y gabinete para establecer un diagnóstico alternativo certero.
- g. El epidemiólogo jurisdiccional u hospitalario deberá recabar la información para confirmar los casos probables o descartados de 0 a 14 años en un plazo máximo de 10 semanas posteriores al inicio de la parálisis, en tanto que los de 15 y más en un lapso de 30 días.
- h. El epidemiólogo jurisdiccional u hospitalario para los casos de 0 a 14 años con antecedente vacunal en los 21 días previos al inicio de la parálisis, deberá recabar la información del tipo de vacuna: (SALK o SABIN), número de lote de la vacuna, personas vacunadas con el mismo lote y presencia de más casos entre las personas vacunadas conjuntamente con personal del Programa de Vacunación.
- i. El médico responsable de la unidad, epidemiólogo jurisdiccional y estatal deberá estar en contacto para el seguimiento diario del estado de salud del caso y de los contactos.
- j. 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) (Anexo 3) y deberá otorga seguimiento de los brotes hasta su resolución total, verificará la realización de la valoración neurológica y seguimiento del paciente hasta su clasificación final.
- k. El epidemiólogo jurisdiccional deberá realizar búsqueda activa de casos de PFA en unidades de segundo y tercer nivel que no hayan notificado casos detectados en plataforma SUIVE y evaluará mensualmente el desempeño de los indicadores de evaluación y asegurará el cumplimiento de los mismos.
- l. El epidemiólogo jurisdiccional deberá mantener actualizado el panorama epidemiológico de la PFA en los diversos municipios de la Jurisdicción Sanitaria y deberá difundir la información epidemiológica a las instancias correspondientes para la toma de decisiones.
- m. El Responsable del Sistema PFA deberá gestionar los recursos necesarios al Departamento de Epidemiología para las actividades de vigilancia epidemiológica.
- n. El Responsable del Sistema PFA deberá emitir recomendaciones basadas en el análisis de la información epidemiológica que oriente las acciones de control, para 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 parálisis flácida aguda (PFA)

1. Objetivo

Identificar las causas del caso probable de PFA 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 Responsable del Programa de PFA 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 médico responsable de las unidades deberá obtener los datos primarios de la consulta otorgada por los médicos tratantes de las unidades o hospitales, con base en sus conocimientos y experiencia, dan un primer diagnóstico.
- b. El médico responsable de las unidades o hospitales deberá verificar que el caso cumpla la definición operacional de caso probable para establecer el diagnóstico inicial y realizar la notificación de los casos a la Jurisdicción Sanitaria dentro de las primeras 24 horas de su conocimiento. Si no cumple. Con los criterios de caso probable, se considera descartado y sólo se notifica en el Informe Semanal de Casos Nuevos SUIVE-1 (Anexo 2) con el diagnóstico correspondiente.
- c. El epidemiólogo jurisdiccional deberá verificar y validar la información enviada por las unidades de salud y deberá realizar notificación al nivel estatal dentro de las primeras 24 horas del conocimiento del caso.
- d. El epidemiólogo jurisdiccional deberá ratificar la información del estudio epidemiológico de la Parálisis Flácida Aguda (PFA)(ANEXO 7), y asegurará en coordinación con personal de informática la captura de manera inmediata el 100% de los casos en la plataforma PFA (SINAVE).
- e. El médico responsable de la unidad médica, el médico tratante en la unidad hospitalaria o el epidemiólogo jurisdiccional realizarán la toma de muestras de heces al 100% de los casos menores de 15 años y la enviarán al LESP con el formato correspondiente (Anexo 4) y estudio de caso (Anexo 7).

- f. 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.
- g. El Responsable del Programa de PFA deberá validar las dictaminaciones del Comité Jurisdiccional en un periodo no mayor de cinco días posteriores a la dictaminación y envío de las actas correspondientes a la DGAE, deberá contar con toda la información clínica-epidemiológica, así como los resultados del LESP ó INDRE.
- h. El Responsable del Programa de PFA (ó responsable de Vigilancia Epidemiológica) 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.
- i. El responsable del Programa de PFA validará y notificará de manera inmediata a la DGAE los brotes de Parálisis Flácida Aguda (PFA) ocurridos en el estado, en el formato de Estudio de Brote (Anexo 3).
- j. El responsable del Programa de PFA elaborará los avisos o alertas epidemiológicas en el ámbito estatal, para difundirlos a todos los niveles técnico-administrativos bajo su responsabilidad y deberá emitir recomendaciones basadas en el análisis de la información epidemiológica que oriente las acciones de control y coordinarse con el CENSIA para el intercambio de información y aplicación de medidas de control ante casos y brotes.

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, disponible en la web: 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.

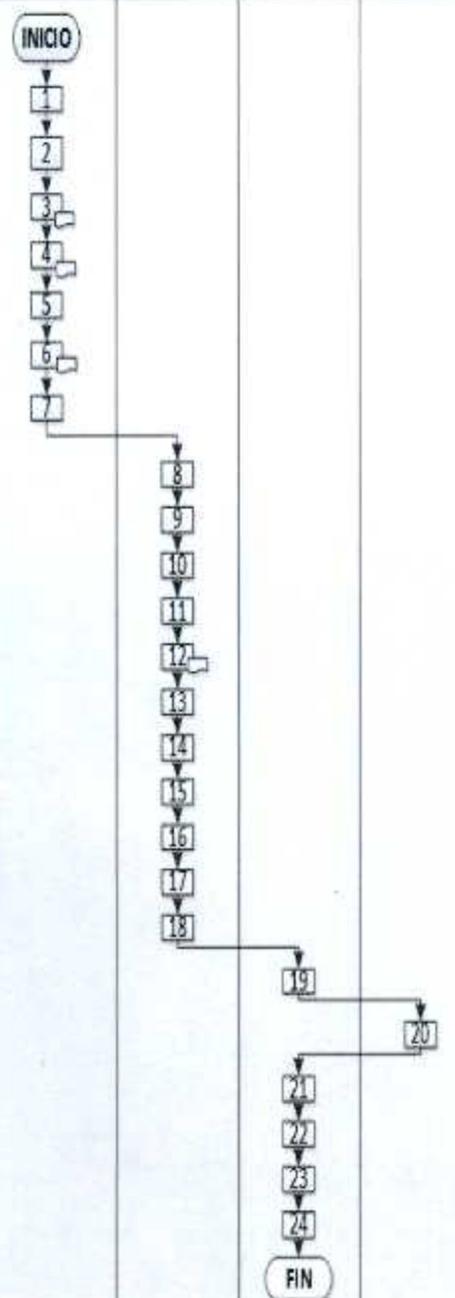
5. Descripción de actividades

Procedimientos ante caso probable de Parálisis Flácida Aguda (PFA)		
Responsable	Paso	Detalle de la actividad
Médico responsable de la unidad médica o hospital.	1	Realiza consulta médica, llena la hoja diaria de consulta e identifica los casos sospechoso o probable y establece el diagnóstico inicial.

		En caso de requerir atención especializada se refiere al segundo o tercer nivel.
Médico responsable de la unidad médica o hospital.	2	Notifica los casos a la Jurisdicción Sanitaria dentro de las primeras 24 horas de su conocimiento.
Médico responsable de la unidad médica 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 de la unidad médica o hospital.	4	Elabora el Estudio Epidemiológico de Caso de Parálisis Flácida Aguda (PFA) (Anexo 7) y lo envía en un plazo no mayor de 48 horas a la jurisdicción Sanitaria.
Médico responsable de la unidad médica o hospital.	5	Realiza toma de muestras al 100% de los casos menores de 15 años y los envía a la Jurisdicción Sanitaria o equivalente.
Médico responsable de la unidad médica o hospital.	6	Realiza la notificación inmediata de los brotes por el medio más expedito al nivel inmediato superior en el formato de Estudio de Brote (SUIVE-3).
Médico responsable de la unidad médica o hospital.	7	Se coordina con la Jurisdicción Sanitaria para las actividades de prevención y control.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	8	Verifica y valida la información enviada por las unidades de salud y ratifica la información del estudio epidemiológico.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	9	Notifica mediante llamada telefónica o email al nivel estatal dentro de las primeras 24 horas del conocimiento del caso o brote a nivel inmediato superior.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	10	Revisa 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.	11	Captura el 100% de los casos Plataforma SINAVE.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	12	Recibe y envía al Laboratorio Estatal las muestras de heces de los menores de 15 años y de saliva de todos los casos de PFA que hayan cursado con cuadro clínico previo de probable infección por virus Zika con el Formato Único de Envío de Muestras (F-REM-01) (Anexo 4).
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	13	Supervisa, asesora, apoya y da seguimiento de los brotes o casos hasta su resolución total.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	14	Verifica la realización de la valoración neurológica y seguimiento del paciente hasta su clasificación final.

Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	15	Captura el seguimiento del paciente en la plataforma del SINAVE hasta su clasificación final.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	16	Evalúa 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.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	17	Realiza búsqueda activa de casos de PFA en unidades de segundo y tercer nivel que no notifiquen un caso registrado en SUIVE y evalúa mensualmente el desempeño de los indicadores de evaluación y asegura el cumplimiento de los mismos.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	18	Elabora avisos o alertas en el ámbito jurisdiccional y difunde los avisos y alertas emitidas por el nivel estatal o nacional.
El responsable Estatal del Programa de PFA	19	Recibe, concentra, valida y evalúa la calidad de la información y de los estudios de casos.
El responsable Estatal del Programa de PFA en coordinación con área de informática.	20	Valida y notifica inmediatamente los casos o brotes probables a la DGAE, y actualizar los datos en el SINAVE.
El responsable Estatal del Programa de PFA	21	Verifica el manejo de muestras y envío al laboratorio estatal o al INDRE, ratifica la recepción y las condiciones de las muestras a su llegada y entrega los resultados a las unidades médicas o Epidemiólogo Jurisdiccional para su clasificación y conclusión del caso.
El responsable Estatal del Programa de PFA	22	Evalúa mensualmente el desempeño de los indicadores de evaluación y asegura su cumplimiento.
El responsable Estatal del Programa de PFA	23	Evalúa el impacto de las acciones de prevención y control y Gestionar los recursos necesarios para las actividades de vigilancia epidemiológica.
El responsable Estatal del Programa de PFA	24	Difunde los avisos o alertas epidemiológicas a todos los niveles técnico-administrativos bajo su responsabilidad.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Flujograma

PROCEDIMIENTOS ANTE CASO PROBABLE DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (PFA)				
MÉDICO RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA O HOSPITAL.	EPIDEMIOLOGO JURISDICCIONAL O EQUIVALENTE.	EL RESPONSABLE ESTATAL DEL PROGRAMA DE PFA	EL RESPONSABLE ESTATAL DEL PROGRAMA DE PFA EN COORDINACIÓN CON ÁREA DE INFORMÁTICA.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
				
				<p>1- Realiza consulta médica, llena la hoja diaria de consulta e identifica los casos sospechoso o probable y establece el diagnóstico inicial En caso de requerir atención especializada se refiere al segundo o tercer nivel.</p> <p>2- Notifica los casos a la Jurisdicción Sanitaria 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 Sanitaria.</p> <p>4- Elabora el Estudio Epidemiológico de Caso de Parálisis Flácida Aguda (PFA) (Anexo 7) y lo envía en un plazo no mayor de 48 horas a la jurisdicción Sanitaria.</p> <p>5- Realiza toma de muestras al 100% de los casos menores de 15 años y los envía a la Jurisdicción Sanitaria o equivalente.</p> <p>6- Realiza la notificación inmediata de los brotes por el medio más expedito al nivel inmediato superior en el formato de Estudio de Brote (SUIVE-3).</p> <p>7- Se coordina con la Jurisdicción Sanitaria para las actividades de prevención y control.</p> <p>8- Verifica y valida la información enviada por las unidades de salud y ratifica la información del estudio epidemiológico.</p> <p>9- Notifica mediante llamada telefónica o email al nivel estatal dentro de las primeras 24 horas del conocimiento del caso o brote a nivel inmediato superior.</p> <p>10- Revisa 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.</p> <p>11- Captura el 100% de los casos Plataforma SINAVE.</p> <p>12- Recibe y envía al Laboratorio Estatal las muestras de heces de los menores de 15 años y de saliva de todos los casos de PFA que hayan cursado con cuadro clínico previo de probable infección por virus Zika con el Formato Único de Envío de Muestras (F-REM-01) (Anexo 4).</p> <p>13- Supervisa, asesora, apoya y da seguimiento de los brotes o casos hasta su resolución total.</p> <p>14- Verifica la realización de la valoración neurológica y seguimiento del paciente hasta su clasificación final.</p> <p>15- Captura el seguimiento del paciente en la plataforma del SINAVE hasta su clasificación final.</p> <p>16- Evalúa 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.</p> <p>17- Realiza búsqueda activa de casos de PFA en unidades de segundo y tercer nivel que no notifiquen un caso registrado en SUIVE y evalúa mensualmente el desempeño de los indicadores de evaluación y asegura el cumplimiento de los mismos.</p> <p>18- Elabora avisos o alertas en el ámbito jurisdiccional y difunde los avisos y alertas emitidas por el nivel estatal o nacional.</p> <p>19- Recibe, concentra, valida y evalúa la calidad de la información y de los estudios de casos.</p> <p>20- Valida y notifica inmediatamente los casos o brotes probables a la DGAE, y actualizar los datos en el SINAVE.</p> <p>21- Verifica el manejo de muestras y envío al laboratorio estatal o al INDRE, ratifica la recepción y las condiciones de las muestras a su llegada y entrega los resultados a las unidades médicas o Epidemiólogo Jurisdiccional para su clasificación y conclusión del caso.</p> <p>22- Evalúa mensualmente el desempeño de los indicadores de evaluación y asegura su cumplimiento.</p> <p>23- Evalúa el impacto de las acciones de prevención y control y Gestionar los recursos necesarios para las actividades de vigilancia epidemiológica.</p> <p>24- Difunde los avisos o alertas epidemiológicas a todos los niveles técnico-administrativos bajo su responsabilidad.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO</p>

7. Formatos

- SUIVE-1(de carácter numérico).
- Estudio de brote SUIVE-3(de carácter numérico) - (Anexo 3).
- Formato Único de Envío de Muestras (F-REM-01) (Anexo 4).
- Estudio Epidemiológico de Caso PFA (Anexo 7).
- Hoja diaria de consulta.

5.2 Procedimientos ante defunción por parálisis flácida aguda (PFA).

1. Objetivo

Identificar e informar las causas de la defunción por PFA 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 Responsable del Programa de PFA en coordinación con las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (IMSS ORDINARIO, IMSS OPORTUNIDADES, ISSSTE, DIF ESTAL, SEDENA VIALIDAD) y el Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (COJUVE) 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, normas y lineamientos

- a. La notificación inmediata de la defunción deberá ser en las primeras 24 horas de su conocimiento por los servicios de salud, deberá incluir los signos y síntomas que avalen que corresponde a defunción por probable PFA.
- b. El médico responsable del centro de salud u hospital realizará y enviará de manera inmediata el Estudio Epidemiológico de Caso a la Jurisdicción Sanitaria o Delegación para su notificación y captura en Notimet dentro de las 24 horas de su identificación.
- c. El médico responsable del centro de salud u hospital será el responsable de recopilar y enviar a nivel jurisdiccional los documentos e información epidemiológica para dictaminación de las defunciones según la información epidemiológica, clínica y de laboratorio.
- d. El epidemiólogo jurisdiccional notificará inmediatamente a nivel estatal los casos o defunciones (en las primeras 24 de su conocimiento por los servicios de salud) con la información recopilada previamente.
- e. El médico responsable del centro de salud u hospital tratante deberá obtener copia del expediente, toda la información clínica-epidemiológica, los resultados del

- LESP el resumen clínico, y enviarlo a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, en un periodo no mayor a 10 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 tendrá que realizar lo anterior.
- f. El médico responsable del centro de salud u hospital deberá garantizar la toma de muestra para diagnóstico, así como su envío al LESP, asegurar la toma de muestra de contactos cuando proceda (revisar criterios de toma en el Manual para la Toma, Envío y Recepción de Muestras para Diagnóstico) dentro de los primeros treinta días de la fecha de inicio de la parálisis del caso.
 - g. En las defunciones donde la clasificación final dependa del resultado de laboratorio, el periodo de tiempo para la dictaminación de la defunción se extenderá a un máximo de seis semanas.
 - h. El epidemiólogo jurisdiccional ante ocurrencia de defunciones deberá coordinar 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) y deberá dictaminar todas las defunciones en el Comité Jurisdiccional en un periodo no mayor de 10 días posteriores al deceso y envío del acta correspondiente al estado.
 - i. En nivel Jurisdiccional enviará el Certificado de Defunción (Anexo 5) y el "Reporte de causas de Muerte Sujetas a Vigilancia Epidemiológica" de INEGI (Anexo 6), al Responsable del Programa de PFA.
 - j. El epidemiólogo estatal deberá validar el dictamen del Comité Jurisdiccional en un periodo no mayor de cinco días posteriores a la dictaminación y enviará las actas correspondientes a la DGAE.
 - k. El epidemiólogo estatal deberá coordinar la clasificación final con envío de la dictaminación del Comité Estatal, el Certificado de Defunción (Anexo 5) y el formato de "Reporte de causas de Muerte Sujetas a Vigilancia Epidemiológica" de INEGI (Anexo 6) a la DGAE.
 - l. 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.
 - m. El Responsable del Programa de Vigilancia Epidemiológica 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 realizar la dictaminación de casos y defunciones.
 - n. El Responsable del Programa de Vigilancia Epidemiológica enviará el Certificado de Defunción (Anexo 5) y el "Reporte de causas de Muerte Sujetas a Vigilancia

Epidemiológica” de INEGI (Anexo 6), base REMO en un periodo no mayor de cuatro semanas a la Dirección General de Epidemiología, donde se realizará la ratificación o rectificación de la defunción dictaminada por el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE).

4. Referencias

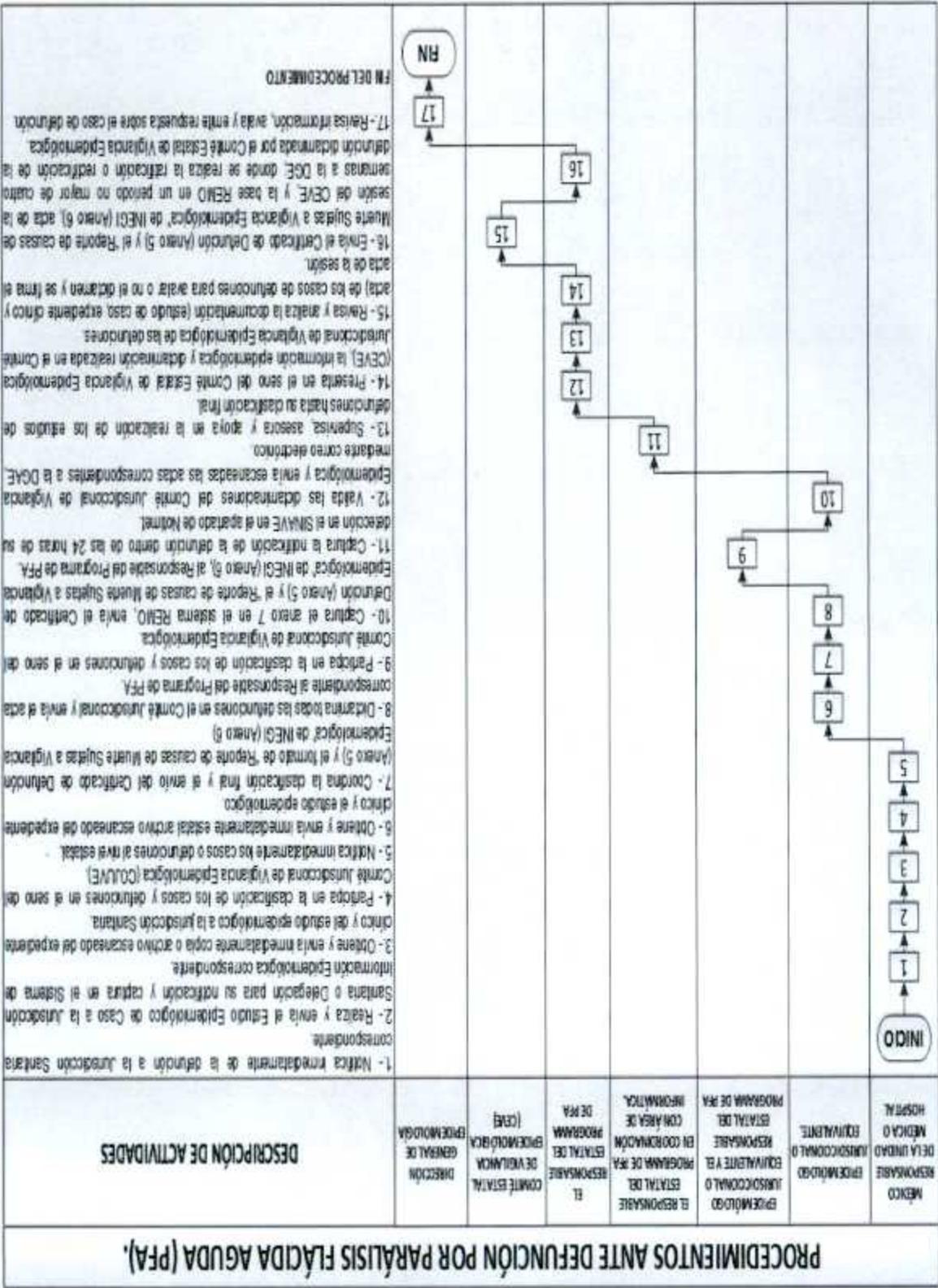
- Norma Oficial Mexicana NOM -17-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica.
- Manual de Procedimientos Estandarizados Para la Notificación Convencional de Casos Nuevos de Enfermedad. Obtenido en el portal http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/31_Manual_EPV.pdf
- Manual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

5. Descripción del Procedimiento

Procedimientos ante defunción por Parálisis Flácida Aguda (PFA).		
Responsable	Paso	Detalle de la actividad
Médico responsable de la unidad médica o hospital	1	Notifica inmediatamente de la defunción a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.
Médico responsable de la unidad médica o 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 de la unidad médica o hospital.	3	Obtiene y envía inmediatamente copia o archivo escaneado del expediente clínico y del estudio epidemiológico a la jurisdicción Sanitaria.
Médico responsable de la unidad médica o hospital.	4	Participa en la clasificación de los casos y defunciones en el seno del Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (COJUVE).
Médico responsable de la unidad médica o hospital.	5	Notifica inmediatamente los casos o defunciones al nivel estatal.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	6	Obtiene y envía inmediatamente estatal archivo escaneado del expediente clínico 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)
Epidemiólogo Jurisdiccional	8	Dictaminan todas las defunciones en el Comité

o equivalente.		Jurisdiccional y envía el acta correspondiente al Responsable del Programa de PFA.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente y El responsable Estatal del Programa de PFA	9	Participa en la clasificación de los casos y defunciones en el seno del Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	10	Captura el anexo 7 en el sistema REMO, envía el Certificado de Defunción (Anexo 5) y el "Reporte de causas de Muerte Sujetas a Vigilancia Epidemiológica" de INEGI (Anexo 6), al Responsable del Programa de PFA.
El responsable Estatal del Programa de PFA en coordinación con área de informática.	11	Captura la notificación de la defunción dentro de las 24 horas de su detección en el SINAVE en el apartado de Notimet.
El responsable Estatal del Programa de PFA	12	Valida el dictamen del Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica y envía escaneadas las actas correspondientes a la DGAE, mediante correo electrónico.
El responsable Estatal del Programa de PFA	13	Supervisa, asesora y apoya en la realización de los estudios de defunciones hasta su clasificación final.
El responsable Estatal del Programa de PFA	14	Presenta en el seno del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE), la información epidemiológica y dictaminación realizada en el Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica de las defunciones.
Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE)	15	Revisa y analiza la documentación (estudio de caso, expediente clínico y acta) de los casos de defunciones para avalar o no el dictamen y se firma el acta de la sesión.
El responsable Estatal del Programa de PFA	16	Envía el Certificado de Defunción (Anexo 5) y el "Reporte de causas de Muerte Sujetas a Vigilancia Epidemiológica" de INEGI (Anexo 6), acta de la sesión del CEVE, y la base REMO en un periodo no mayor de cuatro semanas a la DGE; donde se realiza la ratificación o rectificación de la defunción dictaminada por el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica.
Dirección General de Epidemiología	17	Revisa información, avala y emite respuesta sobre el caso de defunción.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Flujoograma



7. Formatos

- Certificado de Defunción (Anexo 5)
- Estudio Epidemiológico de Caso PFA (Anexo 7)
- "Reporte de causas de Muerte Sujetas a Vigilancia Epidemiológica" de INEGI (Anexo 6)

5.3 Procedimientos para muestras de laboratorio

1. Objetivo

A través de estudios de laboratorio detectar, confirmar o descartar los casos Parálisis Flácida Aguda (PFA) y así poder realizar actividades de prevención y control de manera oportuna, además de poder continuar con 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 médico responsable de unidad médica o epidemiólogo jurisdiccional en los menores de 15 años tomará una muestra de heces al 100% de los casos durante los primeros 14 días posteriores a la fecha de inicio de la parálisis, y a contactos a criterio del epidemiólogo (casos clínicamente compatibles con poliomieltis, defunciones que no cuenten con muestra, casos de parálisis con aislamiento de virus salvaje o derivado de la vacuna, cuando se pierda el paciente y no se haya tomado muestra).
- b. El médico o epidemiólogo responsable de la unidad o hospital deberá realizar toma de muestras de heces al 100% de los casos menores de 15 años y enviar a la Jurisdicción Sanitaria o equivalente. La toma de muestra de saliva a los casos de PFA que tengan como máximo 17 días entre el inicio de la parálisis y el antecedente de inicio de síntomas de caso probable de virus Zika y enviarla a la jurisdicción sanitaria.
- c. En casos de PFA de 15 años y mayores no se tomará muestra de heces, excepto cuando presenten cuadro clínico-epidemiológico compatible con poliomieltis y no exista un diagnóstico alternativo.
- d. Las muestras deberán venir acompañada con el Formato Único de Envío de Muestras (F-REM-01, ANEXO 4) debidamente llenado, sin datos alterados o sobre escritos. Cada muestra deberá cumplir con los requisitos generales establecidos en el Instructivo para el Envío y Recepción de Muestras Foráneas. Las muestras que no cumplan con los requisitos técnicos y administrativos serán rechazadas de manera definitiva de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Manual para la Toma, Envío y Recepción de Muestras del INDRE.
- e. El epidemiólogo jurisdiccional debe recibir y enviar al nivel a LESP las muestras de heces de los menores de 15 años y de saliva de todos los casos de PFA que hayan cursado con cuadro clínico previo de probable infección por virus Zika con el Formato Único de Envío de Muestras (F-REM-01) (Anexo 4).
- f. El responsable del programa deberá enviar toda la documentación necesaria sobre casos o brotes al Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas (INDRE) para tener una adecuada vigilancia epidemiológica. En lo referente a muestras de laboratorio se deberá indicar el medio de transporte, la hora de entrega a la

- compañía transportadora, hora probable de llegada y el número de guía. El remitente deberá verificar la llegada y condiciones de las muestras 24 a 48 horas después de haber sido enviadas.
- g. El epidemiólogo jurisdiccional deberá verificar que los casos probables no sean vacunados hasta que se haya concluido el estudio y se tenga el diagnóstico definitivo; los contactos no recibirán la vacuna hasta la obtención de las muestras correspondientes.
 - h. El Laboratorio Estatal deberá enviar los resultados de los estudios realizados a quien remitió las muestras y al Responsable del Programa de PFA.
 - i. El médico responsable deberá obtener una muestra de heces del caso en los 14 días siguientes al inicio de la parálisis, y muestras de cinco contactos como mínimo, si hay indicación epidemiológica para tomarlas, a fin de confirmar la poliomielitis. Para fines de la vigilancia de las PFA solo está recomendada la toma de una muestra de heces del caso tan pronto como se decida que se trata de un caso probable.
 - Heces. El virus por lo general se detecta en las heces dentro de un período de 72 horas a seis semanas posteriores a la infección; la detección es más probable dentro de las dos primeras semanas después de iniciada la parálisis.
 - Líquido cefalorraquídeo (LCR). Es improbable que se detecte el virus, por lo tanto, no se recomienda obtener muestras.
 - Garganta. Es improbable que se detecte el virus, por lo tanto, no se recomienda obtener muestras.
 - Sangre. Es improbable que se detecte el virus, y con las pruebas serológicas actuales no se puede distinguir entre las cepas salvajes del virus y las de la vacuna. Se sabe por experiencia que, en los casos de poliomielitis, con frecuencia suele ser engañosa la interpretación de los datos serológicos. Por lo tanto, no se recomienda obtener muestras de sangre.
 - Suero: Es improbable que se detecte el virus, y con las pruebas serológicas actuales no se puede distinguir entre las cepas salvajes del virus y las de la vacuna, solo en caso de defunción para la detección de anticuerpos contra poliovirus.
 - j. En caso de muerte de un caso probable, se deberá confirmar o descartar el diagnóstico definitivo de poliomielitis mediante un examen de la médula espinal. Es importante que el examen lo realice un patólogo competente y experimentado, y que se envíe una muestra directamente al laboratorio de poliovirus del INDRE para que allí se realice el aislamiento del virus de la poliomielitis.
- **Caso probable:** Debe obtenerse una muestra de heces tan pronto como sea posible y siempre antes de los 14 días siguientes al inicio de la parálisis.

- **Caso probable que fallece:** Debe obtenerse muestras del contenido intestinal o de las heces ya formadas; también pueden tomarse muestras de tejidos (bulbo raquídeo, médula espinal) y de suero lo más pronto posible después de la defunción. Las muestras se enviarán al laboratorio donde se realizará el cultivo, la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (RCP) y un análisis histopatológico. Asimismo, es necesario obtener un segmento del nervio de la extremidad afectada.
- **Contactos:** Si existe indicación específica del epidemiólogo se obtendrán muestras de heces de cinco o más contactos en las siguientes circunstancias:
 - ✓ En contactos menores de 5 años familiares y no familiares de un caso probable de parálisis flácida aguda que no hayan recibido la vacuna oral contra la poliomiélitis en los 30 días precedentes.
 - ✓ En contactos menores de 5 años familiares y no familiares de un caso confirmado de poliomiélitis importado nacional o extranjero, proveniente de cualquier región del mundo, con cuadro clínico de poliomiélitis y con aislamiento de poliovirus salvaje de cualquier serotipo.
 - ✓ En contactos menores de 5 años familiares y no familiares de un caso probable de parálisis flácida aguda nacional o extranjero con aislamiento de poliovirus derivado de la vacuna de cualquier serotipo.
 - ✓ En contactos menores de 5 años familiares y no familiares de un caso probable de parálisis flácida aguda quién hubiese fallecido y que no cuente con muestra de heces.
 - ✓ En contactos menores de 5 años familiares y no familiares de un caso probable de parálisis flácida aguda en quién se sospeche clínicamente de poliomiélitis y no exista ningún diagnóstico clínico alternativo.
 - ✓ En contactos menores de 5 años familiares y no familiares de un caso probable de parálisis flácida aguda que se pierda durante su seguimiento que no cuente con muestra de heces.
 - ✓ En contactos menores de 5 años familiares y no familiares de un caso probable de PFA que sea un menor de 5 años, que presente una parálisis flácida aguda asimétrica y que presente fiebre y mialgias al inicio de la parálisis y que no cuente con un diagnóstico alternativo ni muestra de heces.
- **Muestras para aislamiento y tipificación del virus:** Colectar una muestra de materia fecal del caso y de cinco contactos menores de cinco años, que no hayan sido vacunados en los últimos 30 días.

k. El médico responsable en coordinación con el epidemiólogo jurisdiccional deberán seguir el procedimiento para la toma, manejo y envío de muestras, establecido en el: Manual de Procedimientos Estandarizados Para la Notificación Convencional de Casos Nuevos de Enfermedad y en el Manual para la Toma, Envío y Recepción de Muestras para Diagnóstico. Que establecen lo siguiente:

1. Se colectan de 5 a 10 gramos de heces (si el paciente no puede evacuar, tomar hisopo rectal manchado en 1 ml de solución salina fisiológica en tubo de plástico y tapón de rosca) dentro de los primeros catorce días de haber iniciado la parálisis. Debe utilizarse envases de plástico con tapa de rosca y de boca ancha. Mantener la red fría desde la toma de muestra hasta que llega al laboratorio del INDRE (de 0 a 10°C).
2. Todas las muestras, independientemente de la institución que maneje al caso, serán entregadas a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente o al Departamento de Epidemiología Estatal, quienes se encargarán de su envío.
3. El envío de las muestras deberá ser inmediato; en circunstancias especiales, se podrá esperar hasta cinco días después de tomadas (por ejemplo, si un epidemiólogo acudiera a investigar el caso o en fin de semana). En esta situación las muestras para aislamiento (heces) deberán mantenerse en congelación y los sueros en refrigeración.
4. Las muestras se trasladarán en cajas térmicas bien selladas, cajas de aislamiento preferiblemente congeladas o con paquetes congelados de conservación; siempre que sea posible se utilizará hielo seco. Se colocarán en bolsas de plástico opacas que las protejan de la luz y anudadas con ligas. Cada envase con muestras deberá ser identificado claramente, indicando nombre, fecha de toma, institución remitente y en caso de muestra de contacto, nombre del caso al que pertenece.
5. De las muestras de autopsia, una parte deberá enviarse al laboratorio de poliovirus del INDRE, para intentar el aislamiento viral. Estas se enviarán inmediatamente después de su recolección, en solución fisiológica y no deberán manejarse con conservadores o preservativos (alcohol, formol, acetona, etc.). La otra parte se enviará al servicio de histopatología de la unidad tratante y deberá ir contenida en un envase con formol al 10%.

IMPORTANTE: En todo caso probable es obligatoria la toma y envío de muestras al Laboratorio de Poliovirus del INDRE. Deberá concluirse el estudio con el envío completo de muestras, aún si fuera descartado, ya que la poliomiелitis puede ser causa de cuadros atípicos de parálisis. Los casos en estudio no deberán ser vacunados hasta concluir los estudios de laboratorio.

Criterios de aceptación de muestra:

- La muestra de materia fecal ó hisopo rectal (diarreica, pastosa o formada) debe ser reciente (menos de 24 horas).

Criterios de rechazo de muestras:

- Las heces obtenidas del suelo, excusado o pañal no son aceptadas por la contaminación ambiental a que fueron expuestas.
- Segundas muestras
- Muestras de mayores de 15 años
- Muestras de contactos sin evidencia de estudio epidemiológico.
- Las muestras enviadas en frascos de vidrio serán rechazadas.
- Muestras de suero, sangre, LCR e hisopo rectal en Medio Cary Blair.

Para la vigilancia de casos de Síndrome de Guillain-Barré asociados con infecciones por ZIKV mediante asociación epidemiológica y sin toma de muestra en fase aguda, la muestra de interés deberá ser la saliva, bajo las siguientes especificaciones:

Tipo de muestra	Método	Medio/Contenedor / Forma de envío	Tiempo de la toma	Técnica	Estándar de servicio
Saliva	Toma de saliva	1.0mL, almacenado en contenedor de plástico estéril debidamente etiquetado, enviado en estricta red fría (0- 10°C)	Solo tomara casos que Tengan como Máximo 17 días entre el inicio de la parálisis y el antecedente de inicio de síntomas de casos probable de virus Zika	RT-PCR En tiempo real.	3 días hábiles

NOTA: La extracción de ARN a partir de saliva se realiza de la misma manera, siguiendo los protocolos automatizados o manuales para detección de arbovirus.

Referencias

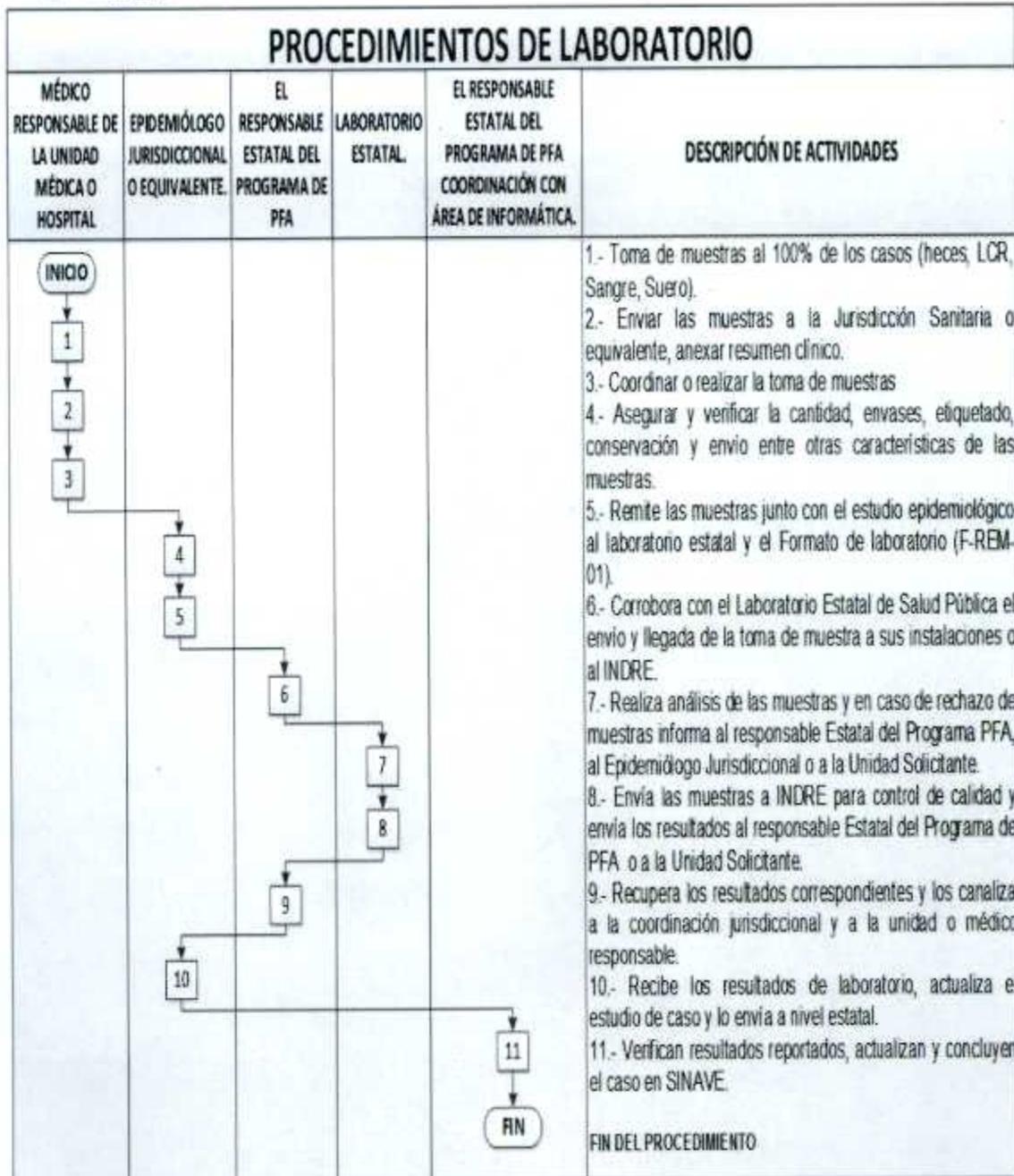
- Norma Oficial Mexicana NOM -17-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica.

- 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](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

Procedimientos de laboratorio		
Responsable	Paso	Detalle de la actividad
Médico responsable de la unidad médica o hospital	1	Toma de muestras al 100% de los casos (heces, LCR, Sangre, Suero).
Médico responsable de la unidad médica o hospital.	2	Enviar las muestras a la Jurisdicción Sanitaria o equivalente, anexar resumen clínico.
Médico responsable de la unidad médica o hospital.	3	Coordinar o realizar la toma de muestras
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	4	Asegurar y verificar la cantidad, envases, etiquetado, conservación y envío entre otras características de las muestras.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	5	Remite las muestras junto con el estudio epidemiológico al laboratorio estatal y el Formato de laboratorio (F-REM-01).
El responsable Estatal del Programa de PFA	6	Corroborar con el Laboratorio Estatal de Salud Pública el envío y llegada de la toma de muestra a sus instalaciones o al INDRE.
Laboratorio estatal.	7	Realiza análisis de las muestras y en caso de rechazo de muestras informa al responsable Estatal del Programa PFA, al Epidemiólogo Jurisdiccional o a la Unidad Solicitante.
Laboratorio estatal.	8	Envía las muestras a INDRE para control de calidad y envía los resultados al responsable Estatal del Programa de PFA o a la Unidad Solicitante.
El responsable Estatal del Programa de PFA	9	Recupera los resultados correspondientes y los canaliza a la coordinación jurisdiccional y a la unidad o médico responsable.
Epidemiólogo Jurisdiccional o equivalente.	10	Recibe los resultados de laboratorio, actualiza el estudio de caso y lo envía a nivel estatal.
El responsable Estatal del Programa de PFA coordinación con área de informática.	11	Verifican resultados reportados, actualizan y concluyen el caso en SINAVE.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6 Flujoograma



7 Formatos

- Formato único para el envío de muestras biológicas (F-REM-01)
- Resumen Clínico
- Estudio de caso

Anexo 2 - Informe Semanal de Casos Nuevos SUIVE 1



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

SUIVE-1-2014

Instrucciones (Lleve a cualquiera preferentemente, envíe el original al nivel más próximo, envíe copia sujeta y conserve una copia)

Unidad: Clave: Inscripción: de: de: de: de: de: de:

Localidad: Municipio: Antecedente: Estado o Distrito:

Intelecto: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 SSSTE 3 Otro (especificar) 4 IMSS-Propia 5 DF 6 PEMEX 7 SEDENA 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
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	ENFERMEDAD DE BURGUNDA (*) A12B	4																										
	TEFANOSIS (*) A14 A14.02	8																										
	TEFANOSIS MENINGEAL (*) A14 A14.03	9																										
	DIPTERIA (*) A15 A15.01	10																										
	TETANOSIS (*) A16 A16.01	11																										
	SHANGHAI (*) A18 A18.01	12																										
	RUJEDA (*) A19 A19.01	13																										
	PROTEINOSIS NEUROLÓGICA B01	40																										
	HEPATITIS VIRAL B (*) B15 B15.01	8																										
	INFECCIÓN DE RUBIOLA CONGENITA (*) B20 B20.01	100																										
	HEPATITIS VIRAL A (*) B15 B15.02	37																										
	ENFERMEDAD DE BURGUNDA (*) A12 B12.01	137																										
	INFECCIONES INVASIVAS POR NEUMOCOCCO (*) A41 A41.01	38																										
	POLOMIELITIS AGUDA (*) A80 A80.01	75																										
	ENFERMEDAD BERNICQUINA (*) A81 A81.01	4																										
	INFECCIÓN POR VIRUS DEL EMPLEMA HUMANO B07 B07.01	91																										
	ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCCO (*) A41 A41.02, A41.03, A41.04	56																										
	INFECCIÓN (*) A81 A81.01	9																										
VARICELA (B) B01 B01.01	33																											
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL APARATO DIGESTIVO	COLERA (*) A01 A01.01	01																										
	FEBRE TIFOIDAL (F) A02 A02.01	06																										
	SHIGELOSIS A03 A03.01	05																										
	INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS Y LABRAL DEFENSAS ANTI-ANTIBIÓTICOS	08																										
	INFECCIÓN ALIMENTARIA SHIGETOXINA (B) A03 A03.02	08																										
	HEPATITIS INTESTINAL A04 A04.01, A04.02	02																										
	SHIGELOSIS A03 A03.02	07																										
	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES OBLIGAS A PROTOZOARIOS A03 A03.03, A03.04	03																										
	SHIGELOSIS E01 E01.01	04																										
	SHIGELOSIS B02 B02.01	01																										

(*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (1) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO (B) ESTUDIO DE BROTE

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA PARALISIS
FLACIDA AGUDA (VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES)

Grupo	Diagnostico y Código CIE 10a Revision	EPI Clave	Numero de casos segun 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 Y PARASITARIAS DEL APARATO DIGESTIVO	OTRAS HEPATITIS (B04.01, B04.02, B04.03, B04.04 excepto B7) y B7	16																									
	HEPACIOSIS HEPATITIS AMARIAS A04	00																									
	OTRAS SALMONELLOSIS A01	17																									
	PERIPELVICITIS A01	18																									
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO HEPATOLITIASIS	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (+) K04.00	09																									
	OTROS MEDIANTE H03.00	08																									
	PAROTIDITIS (M04.00) ESTREPTOCOCCUS (J05.00)	01																									
	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (J06.00, J06.01, J06.02 EXCEPTO J06.03) J06.01	06																									
	NEUMONIA Y BRONCOINFECCIONES (J10-J19 EXCEPTO J10.2, J11, J14)	11																									
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	SIFILIS CONGÉNITA (+) A01	00																									
	SIFILIS ADQUIRIDA A01.40	20																									
	INFECCION SIFILITICA DE TRACTO GENITOURINARIO (A01.40.1)	20																									
	INFORMULISM VENEREO POR CLAMIDIAS A01	24																									
	CHANCRO BLANCO A01	21																									
	TRICOMONIASIS VAGINAL A01	28																									
	HERPES GENITAL A01	22																									
	CANDIDIASIS VAGINAL (B23-B24)	26																									
	VELOCIDAD AGUDA A01	19																									
	INFECCION ASINTOMATICA POR VIRUS DE LA HUMANIZACION HUMANA (+) Z02	09																									
	SINDROME DE MANIFESTACION ADQUIRIDA (+) B07.00	07																									
	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR VECTORES	FIEBRE POR DENGUE (+) A02	27																								
FIEBRE HEMORRAGICA POR DENGUE (+) A02		26																									
PAUQUISIA por Plasmodium falciparum (+) F01.00		05																									
PAUQUISIA por Plasmodium (+) B01		25																									
ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA (+) A02		00																									
FIEBRE AMARILLA (+) A02		21																									
FIEBRE MICHIGAN (+) A02		01																									
FIEBRE DEL OESTE DEL INDIO (+) A02		24																									
ROSCHE (+) A02		06																									
TRITOMONIASIS (+) A02		02																									
TRITOMONIASIS (+) A02		02																									
OTRAS PROTOZOOS (+) A02		00																									
INFECCION POR ARBOVIRUS (+) A02.00		00																									

(*) NOTIFICACION INMEDIATA (H) HAZER ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO (V) ESTUDIO DE BROTE

FLACIDA AGUDA (VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES)

Grupo	Diagnostico 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		50-69		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 DE TRANSMISIBILIDAD DUBIOSA O INCERTIDUMBRE	HEMORRAGIA (F) 004.00 excepto 004.01	41																										
	EFFECTUS DEL OMBRO Y DE LA LUZ 75	46																										
	INFRACCION DE VAS URINARIAS N00.104 N00.0	100																										
	BUCCO DERMIC 03	41																										
	DIABETES MELLITUS NO INSULINDEPENDIENTE (TPO) 010	02																										
	DIABETES MELLITUS NO INSULINDEPENDIENTE (TPO) 011 E11E14	40																										
	DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO 024	100																										
	INTOXICACION ALCOHOLICA T80	112																										
	FEBRE REUMÁTICA AGUDA 040	45																										
	HEPATOMEGALIA 10.15	41																										
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	ENFERMEDAD GOITRICA DEL CORDON 030	51																										
	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 604.01, 60	51																										
	ADMA 26.26	54																										
	ENFISIS Y ENFERMEDAD PULMONAL 46	120																										
	GLUCOSA SANGRE Y DIABETES 250.20	08																										
	ENFERMEDAD ALCOHOLICA DEL HIGADO K70 EXCEPTO K71.0	111																										
	INTOXICACION POR PLASMACIA 76	51																										
	INTOXICACION POR POISON DE ANIMALES 10.121,122, EXCEPTO 10.12	02																										
	INTOXICACION POR INGESTION DE ALACRAN 10.123,122	04																										
	EDEMA PROTEINURIA Y TRANSACCION HIPROTEINEMICA EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO 04.010	07																										
NUTRICION	EFFECTOS ADVERSOS TEMPORALMENTE ASOCIADOS A ALDIAS (E14.1) 10.150	01																										
	HIPERTROFIA DE LA PROSTATA 60	01																										
	HIPOTERMIA 78	02																										
	HEPATOMEGALIA EN LA PERIFERIA 61.2	100																										
	INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO 11.1 78	100																										
	CONTACTO TRAUMATICO CON HERRAS ALPONES Y ABREAS 100	114																										
	QUEMADURAS 120.10	110																										
	ADICCIONES FISIOLOGICAS 140	140																										
	CRISIS HEMIPLEGICA CONVALESCENTE	140																										
	DESNUTRICION LEVE E41.1	114																										
DESNUTRICION MODERADA E41.2	115																											
DESNUTRICION SEVERA E41.3	116																											
OBESIDAD E60	120																											
ANOREXIA BULIMIA Y OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS 630	120																											

(*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (+) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO (H) ESTUDIO DE BROTE

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA PARALISIS
FLACIDA AGUDA (VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES)



SI/VE-1-2014

Instrucciones: Lleve a máquina preferentemente; revise el original al nivel parroquial, inmediato superior y conserve una copia

Fecha: / / Sexo: Sexo: Sexo: Sexo: Sexo: Sexo: Sexo:

Localidad: Municipio: Jurisdicción: Estado/Delegación:

Entidad: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 SSSTE 3 Otro (especificar): 4 IMSS-Proteg 5 DF 6 PEMEX 7 SEDENA 8 SEMAR 9

Grupo	Diagnóstico y Código CE 1ta 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 DEL SISTEMA NERVIOSO, MUSCULAR Y DE CONEXIONES	TUMOR MALIGNO DE LABIA M. CE	110																									
	TUMOR MALIGNO DEL CÉLULO DE LIPIDO (+) 120	17																									
	DISPLASIA CERVICAL LEVE Y MODERADA (+) (M. GINE)	111																									
	DISPLASIA CERVICAL SEVERA Y OBLI. N. GINE (+) (M. GINE)	112																									
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	ENCEFALOPATÍA (+) 021	05																									
	DISPLASIA (+) 022	06																									
	LABO Y PALCÁNDEMOSES 025-027	01																									
	MICROCEFALIA (*) 020	04																									
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	MICROCEFALIA (+) 020	06																									
	DEPRESIÓN 710	06																									
	ENFERMEDAD DE PARKINSON 023	04																									
ACCIDENTES	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER 026	01																									
	PLACÓN LESEIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE VEH. MO	01																									
	ACCIDENTES DE TRANSPORTE EN VEHICULOS CON MOTOR NO VOL. MO	04																									
	WOUNDS POR FURIO MO	06																									
	WOUNDS POR OTROS AMBITOS MO	03																									
	WOUNDS POR SIEMPRE MO	03																									
	WOUNDS POR FURIO MO	03																									
	WOUNDS POR FURIO Y PROXIMAMENTE MO MO	02																									
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO																											

(*) NOTIFICACION INMEDIATA (+) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO (A) ESTADO DE SORTEO

Anexo 3 Estudio epidemiológico de brote SUIVE 3

EPI-3-95

SALUD |  SISTEMA NACIONAL DE SALUD
NOTIFICACIÓN DE BROTE

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

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



SECRETARÍA DE SALUD



Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Epidemiología
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDE)
"Dr. Manuel Martínez Báez"

Parque de P. Morelos 177, Col. Lomas de Palmar, C.P. 01400
Tel: (521) 546-1400 ext. 30184 Fax: (521) 546-0343
www.salud.gub.mx info@salud.gub.mx

FORMATO ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

REMA-1-1215

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"/> I 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"/> Hisopo <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Esgudo <input type="checkbox"/> Cerebro <input type="checkbox"/> Hemocultivo			
<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"/> Gargarismo <input type="checkbox"/> Impresión			
<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Tejido cerebral <input type="checkbox"/> Piel cabelluda <input type="checkbox"/> Lavado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Agua			
Heces: <input type="checkbox"/> Sólidas <input type="checkbox"/> Pastosas <input type="checkbox"/> Líquidas			
Otros: _____			
Cantidad o volumen: _____		Fecha de toma: ____/____/____ Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	

DIAGNÓSTICO SOLICITADO

Impresión diagnóstica: _____	
Estado solicitado: _____	
Clase	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: _____	
Silo 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"/> Agresivas <input type="checkbox"/> Frotaba <input type="checkbox"/> Aerobia <input type="checkbox"/> Hícticas <input type="checkbox"/> Salvación preta <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Agresor <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 cuál(es):
 Estreptomina Isoniacida Rifampicina Etambutol
 Pirazinamida Etoronamida 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: Puérpero o postparto Postmenopausia
 OIU Uso de hormonas Histerectomía Embarazo actual
 Tratamiento hormonal Tratamiento topográfico previo Ninguno

Factores de riesgo para infección por VIH:
 Parej Hepatitis Transfusión Hemofilia Hijo de madre afectada
 Heterosexual Homosexual Bisexual Sexoanal(s)
 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
 Escalofrío Migrajas Sudoración profusa Posturación Náuseas
 Dolor retroocular Disminución de agudeza visual Conjuntivitis
 Cefalea Presencia de quistes/nódulos Uveítis Geofagia
 Ictericia Lesión en mucosas Corionelinitis Esplenomegalia
 Hepatomegalia Edema Linfadenopatía (Cervical, Supraclavicular o Retroaxilar)

Exantema y piel:
 Macular Papular Eritematoso Vesicular Pústula Ulcero
 Costra Presencia de nódulos Koplik Chagoma de inoculación

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____

Respiratorios:
 Congestión nasal Rinitis Rinorrea Dolor o ardor de garganta
 Disfonía Faringitis Tos seca Disona Neumonía
 Cianosis Apneas Tos productiva Hemoptisis Coriza

Cardiovascular:
 Miocarditis Endocarditis Pericarditis Vasculitis Fiebrtis

Sistema Nervioso Central:
 Convulsiones Incoordinación Cambios de conducta Fotofobia
 Meningitis Hidrocefalo Parálisis Paranoia Alucinaciones
 Hidrocefalo Calofríasiones Hipertensión endocraneal Coma
 Cambio del ciclo circadiano

Géinito urinario:
 Dolor durante la micción Uretritis Insuficiencia renal

Lesiones en genitales: Úlcera Vesículas
 Chancro Chancroide Flujo vaginal Embarazo

Fecha de última regla: ____/____/____
 Semanas de gestación: _____

Gastrointestinal:
 Anorexia Dolor abdominal Constipación Tenesmo
 Diarrea recurrente Diarrea sangrienta Mucosa

Consistencia de diarrea: Sólida Pastosa Líquida Protruida (>1 sem.)

- 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 Recidiva Convaleciente Defunción

Otro: _____

Hemorragias y otras alteraciones hematológicas:
 Fragilidad capilar Petequias Equimosis Grigivorragia Epistaxis
 Melena Hematuria Rectorragia Hematemesis Metrorragia
 Shock Púrpura Hemoconstración Esplenofilia

Tratamiento:
 ¿Ha recibido tratamiento? Sí No
 ¿Cuál? _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____
 Dosis: Convencional Especial

Especifique: _____

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. Epidemiológica 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 recibirán muestras si no viene acompañada de este formato
 B) Verificar que el nombre del paciente sea el mismo en la muestra que en este formato
 C) Utilizar letra de molde en el formato y en la etiqueta de la muestra
 D) La muestra debe identificarse utilizando una cinta de tipo 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 si es 1) o 2) o 3) o 4) o 5) o 6) o 7) o 8) o 9) o 10) o 11) o 12) o 13) o 14) o 15) o 16) o 17) o 18) o 19) o 20) o 21) o 22) o 23) o 24) o 25) o 26) o 27) o 28) o 29) o 30) o 31) o 32) o 33) o 34) o 35) o 36) o 37) o 38) o 39) o 40) o 41) o 42) o 43) o 44) o 45) o 46) o 47) o 48) o 49) o 50) o 51) o 52) o 53) o 54) o 55) o 56) o 57) o 58) o 59) o 60) o 61) o 62) o 63) o 64) o 65) o 66) o 67) o 68) o 69) o 70) o 71) o 72) o 73) o 74) o 75) o 76) o 77) o 78) o 79) o 80) o 81) o 82) o 83) o 84) o 85) o 86) o 87) o 88) o 89) o 90) o 91) o 92) o 93) o 94) o 95) o 96) o 97) o 98) o 99) o 100)
 E) Enviar la muestra adecuada y en cantidad suficiente al estado sellado
 F) No se recibirán muestras en envases de cristal

Anexo 5. CERTIFICADO DEFUNCION

Número 001
FOLIO
00000000

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LER LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO	Nombre: _____ Apellido: _____ Lugar: _____ Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		
	2. FECHA Y LUGAR DE LA DEFUNCION	Fecha: _____ Lugar: _____	3. CAUSA DE LA DEFUNCION Código: _____	
	4. ESTADO CIVIL	Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	5. TIPO DE DEFUNCION Natural <input type="checkbox"/> Extraordinaria <input type="checkbox"/>	
	6. ANTIGÜEDAD DE LA DEFUNCION	Menos de 24 horas <input type="checkbox"/> De 24 a 72 horas <input type="checkbox"/> Más de 72 horas <input type="checkbox"/>	7. SÍNTOMAS PRINCIPALES Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> ...	
	8. SÍNTOMAS DURANTE LA DEFUNCION	Síntomas durante la defunción: _____		
	9. NOMBRE DEL MÉDICO QUE ATENDIÓ LA DEFUNCION	Nombre: _____		
	10. FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE ATENDIÓ LA DEFUNCION	Firma: _____ Sello: _____		
	11. NOMBRE DEL REGISTRO CIVIL	Nombre: _____		
	12. NOMBRE DEL REGISTRO DE DEFUNCIONES	Nombre: _____		
	13. NOMBRE DEL REGISTRO DE DEFUNCIONES Y CAUSAS DE MUERTE	Nombre: _____		

ATENCIÓN EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE RECIBIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

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

Folio del certificado de defunciones: _____

Nombre del fallecido: _____
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (s): _____

Sexo: Masculino Femenino No especificado

Edad: _____
Años: _____ Meses: _____ Días: _____ Horas: _____ Derechos habiéndose: _____

Lugar de residencia habitual: _____
Entidad: _____ Municipio: _____

Lugar donde ocurrió la defunción: _____
Entidad: _____ Municipio: _____

Fecha de la defunción: _____
Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Oficialía: _____

Certificado por: Médico Tratante Otro médico Médico legista Otro _____

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
Rectificada	<input type="radio"/>	_____	_____
Rectificada	<input type="radio"/>	_____	_____
Causa Blanca después de la investigación:		_____	_____
Fechas: Recolección: _____ Inicio del estudio: _____ Conclusión: _____ Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año			
Reporte a INEGI: SS da _____ mes _____ año _____			
Observaciones: _____			
Nombre del responsable de la investigación: _____			
Cargo: _____		Firma: _____	

4.- DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)

Tipo de documento: _____ Núm. de paquete: _____ Núm. Acta: _____ Folio de captura: _____

Nombre del codificado: _____
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (s): _____

Anexo 7 Estudio Epidemiológico de Caso de Parálisis Flácida Aguda

PFA ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE PARALISIS FLACIDA AGUDA

NO LLENAR LOS APARTADOS SOMBRADOS EN CASOS DE 15 AÑOS Y MÁS PFA - PAG. 1

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____

NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____

APellido MATEO: _____ APellido MATEO: _____ NOMBRE (S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: MASC. FEM. EDAD: AÑOS: _____ MESES: _____

RESIDENCIA ACTUAL: _____

CALLE: _____ COLONIA: _____

NUMERO EXTERIOR: _____ NUMERO INTERIOR: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____

ADRES: _____ TELÉFONO: LADA: _____

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

ENTIDAD: _____ JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____ INSTITUCIÓN: _____ CLASE: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

III. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON LOS SERVIDORES DE SALUD: _____ FECHA DE INICIO DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: _____

IV. DIAGNÓSTICO PROBABLE

DIAGNÓSTICO INICIAL: 1-FOLO, 2-IFA

V. ANTECEDENTE VACUNAL *(AÑOS DE 15 AÑOS DE EDAD)

¿CUENTA CON APLICACIÓN DE VACUNA DE POLIOBILIST? 1-SALU, 2-POSIBEL 3-MS, 4-MS DESCONOCE FECHA DE LA ÚLTIMA DOSE: _____

FUENTE: 1-CARTELA, 2-CONTROLES, 3-CENSO DOMICIL, 4-MS DESCONOCE

VI. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

PROCEDENCIA DEL CASO: 1-LOCAL (MISMA ENTIDAD), 2-IMPORTADO (NACIONAL), 3-IMPORTADO (OTRO PAÍS)

¿HA VISITADO LUGARES EN LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS? 1-SÍ, 2-NO, 3-MS DESCONOCE FECHA EN QUE VISITÓ: _____

SI ES IMPORTADO (NACIONAL): ENTIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

SI ES IMPORTADO (OTRO PAÍS): PAÍS: _____ CIUDAD O LUGAR: _____

¿ESTUVO EN CONTACTO CON CASOS SIMILARES? 1-SÍ, 2-NO, 3-MS DESCONOCE

VII. DATOS CLÍNICOS

PRODOMIOS DE 15 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA PARALISIS: _____ FECHA DE INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: _____

INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA: 1=SI / 2=NO / 3=SE IGNORA

Fiebre Respiratorio Digestivo Mialgias Signos meningéicos AVISIA

Exantema Conjuntivitis Otitis Aftas Color retrooculár Otros: _____

FECHA DE INICIO DE LA PARALISIS: _____ ¿TUVO FIEBRE AL INICIO DE LA PARALISIS? 1-SÍ, 2-NO, 3-MS DESCONOCE

FECHA DE ESTABILIZACIÓN DE LA PARALISIS: _____ DÍAS DE INSTALACIÓN: 1-1 A 5 DÍAS, 2-6 A 10 DÍAS, 3-11 A 15 DÍAS, 4-16 A 20 DÍAS, 5-MS DESCONOCE

PROGRESIÓN ASCENDENTE DESCENDENTE 1-SÍ, 2-NO, 3-MS DESCONOCE SIMÉTRICA ASIMÉTRICA 1-SÍ, 2-NO, 3-MS DESCONOCE

FECHA DE 1a VALORACIÓN NEUROLÓGICA: _____

FECHA DE 3da VALORACIÓN NEUROLÓGICA: _____

¿FUE HOSPITALIZADO? 1-SÍ, 2-NO, 3-MS DESCONOCE

FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE EGRESO: _____

	PRESENCIA DE PARALISIS		FECHA DE INICIO			TIPO		REFLEJOS		SENSIBILIDAD	
	UNIDAD	MIEMBRO	DA	ME	AÑO	UNIPAL	BIUNIPAL	CELESTES	DEBILES	UNIPAL	BIUNIPAL
Brazos											
Muñecas											
PERNAS											
PIES											
Opciones: 1=NO, 2=SÍ, 3=MS DESCONOCE											

1=SI / 2=NO / 3=SE IGNORA

Afectación de pares craneales Parálisis respiratoria

Anexo 8 Valoración Neurológica.

Valoración Neurológica.

Es frecuente que los casos de PFA acudan o sean referidos a hospitales de segundo o tercer nivel de atención, donde se cuenta con personal más calificado y con material y equipo que facilite su estudio, el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, en ocasiones los pacientes no acuden a atención médica especializada o no se dispone de recursos de laboratorio y gabinete, sumado a que son pocas las unidades que cuentan con servicio de rehabilitación que permita hacer el seguimiento idóneo del enfermo.

La exploración neurológica inadecuada lleva a interpretaciones erróneas por lo que se requiere la mayor atención y objetividad por parte del explorador. En niños pequeños es especialmente difícil la evaluación de la sensibilidad y la fuerza muscular, la diferenciación entre normal y anormal es, en ocasiones, imposible, aún con la ayuda de estudios especiales. Por este motivo en los registros solamente serán anotados los datos de los cuales se tiene absoluta seguridad.

La exploración requiere de un mínimo de instrumentos médicos que permitan disminuir la subjetividad de las apreciaciones. Para medir la sensibilidad es preciso tener a la mano un objeto con punta y una superficie suave, objetos fríos y calientes y, de mucha conveniencia, un diapasón para valorar la sensibilidad profunda. Para estudiar los reflejos, se debe utilizar un martillo de reflejos, evitando objetos improvisados y para medir la masa muscular es necesaria una cinta métrica, graduada en milímetros. La exploración debe ser sistemática, en forma secuencial (de pies a cabeza, por ejemplo) y de manera comparativa (simétrica) en cada segmento del hemicuerpo. Las esferas de la exploración neurológica importantes para el estudio de un caso probable de poliomielitis pueden esquematizarse de la manera siguiente: Exploración de pares craneales, Sistema motor: masa, tono, fuerza y movimiento, reflejos, Sensibilidad, Signos meníngeos.

Pares craneales:

Los procedimientos para la exploración de los pares craneales son similares a los de la exploración neurológica general. Se mencionan a continuación los aspectos más importantes de la exploración sensitiva y motora de los pares que, con mayor frecuencia, se afectan en la poliomielitis:

- III. Motor ocular común: su lesión se manifiesta por ptosis palpebral o disminución de la fuerza en el párpado; inerva los músculos ciliares, determinando la forma, tamaño, simetría del iris y la posición y reflejos de la pupila (fotomotor, motomotor y consensual).
- IV Patético: ausencia del movimiento del ojo hacia adentro y abajo.
- V Trigémino: se pide al paciente que presione las mandíbulas (mordiéndolo un abatelenguas), que mueva lateralmente la mandíbula y se palpa la contracción de los músculos temporal y masetero. Sensibilidad a la cara y mucosas, reflejos corneal y maseterino.

- VI. Motor ocular externo: se observa desviación del ojo hacia adentro y el paciente tiene imposibilidad para mover el ojo hacia afuera. Por lo general, los movimientos oculares (pares III, IV y VI) se exploran por confrontación examinador-paciente y, asimismo, los campos visuales.
- VII. Facial: proporciona ramas motoras a todos los músculos de la cara; se puede observar asimetría; se explora observando las gesticulaciones del paciente, solicitándole que ponga la cara en reposo, que enseñe los dientes, que silbe, que apriete los dientes, que apriete los ojos, que eleve las cejas, que infle los carrillos; incluye también el reflejo interciliar.
- La rama sensitiva inerva los dos tercios anteriores de la lengua, que se explora aplicando líquidos de diversos sabores, en cada mitad de la lengua
- IX y X. Glossofaríngeo y Vago: inervan la laringe, la faringe y el paladar blando. Se puede observar el movimiento y ubicación de la úvula y el paladar simulando el bostezo, observar ronquera o disfonía.
- XI. Espinal: inerva el esternocleidomastoideo y el trapecio. Se explora la fuerza y el tono de cuello y hombros, simetría de la cintura escapular.
- XII. Motor de la lengua: inervación motora de la lengua, interviene en la fuerza, posición y movimientos de la lengua. Observar fasciculaciones o desviación de la lengua en reposo y resistencia a un abatelenguas.
- Los pares IX, X y XII determinan el mecanismo de la deglución.

Sistema motor:

- Masa muscular: Se mide el volumen, requiere una estandarización por mediciones repetidas teniendo cuidado de que se haga en el mismo nivel en cada extremidad, por lo que se recomienda hacer una medición de referencia a partir de alguna de las articulaciones inmediatas; es importante comparar desde el periodo agudo hasta los 60 días.
- Tono muscular: El tono, dado por la tensión del músculo en reposo, se mide por la resistencia pasiva al movimiento. Se explora por palpación, determinando la consistencia del músculo y observando la resistencia al movimiento en flexión-extensión, supinación-pronación.
- Fuerza y movimiento: Marcha: Incluye la observación de actitud, conformación, posiciones anormales y la marcha en sí; en niños pequeños puede ser sustituida por la valoración de la motilidad espontánea. Indica fuerza muscular y alteraciones a otros niveles, como tono y trastornos cerebelosos. Se recomienda incluir marcha normal, de puntas, de talones, de "cojito", "punta-talón" y correr. Se debe tener en cuenta que el niño brinca mejor con la pierna de su "lateralidad", es decir, con la pierna derecha si es diestro.

- Movilidad de grupos musculares específicos: Debe incluir los movimientos espontáneos de todas las articulaciones, flexión-extensión, rotación, aducción-abducción; de manera pasiva, activa y contra diferentes grados de resistencia, con el propósito de valorar la fuerza. Para registrar la fuerza muscular se recomienda la siguiente clasificación.

- 1-. Ausencia de movimientos y contracción
- 2- Esbozos de contracción, sin movimientos
- 3-. Movimientos leves, sin gravedad
- 4-. Movimientos contra gravedad
- 5-. Movimientos contra poca resistencia
- 6-. Fuerza normal

Es importante registrar si la debilidad afecta más a grupos musculares proximales (poliomielitis) o distales (Guillain-Barré), y si es o no simétrica.

Reflejos

- Músculo-esqueléticos: Consisten en la estimulación con un golpe rápido y de intensidad moderada del tendón de ciertos músculos, se recomienda explorar: plantar, aquileano, rotuliano, radial, cubital, bicipital y tricipital en las extremidades; en niños es importante el pectoral. La tensión provoca hiperreflexia, si es total y simétrica se considera normal, por lo que deberá evitarse la tensión en el niño, haciendo que cuente, que haga fuerza o que observe un objeto llamativo por ejemplo.
- Cutáneos: Es la estimulación con un objeto romo y con intensidad moderada de la superficie cutánea, los reflejos más comunes en la exploración son los abdominales, cremasteriano, anal y palpebral.
- Reflejos anormales: Son especialmente importantes:
 - o Babinski: consiste en la estimulación de la parte externa de la planta del pie procediendo hacia la parte interna y hacia arriba. Normalmente provoca flexión de los dedos, la respuesta patológica (en mayores de un año) es la separación de los dedos "en abanico" y la extensión acentuada del dedo gordo, hacia arriba.
 - o Clonus: se hace estimulando manualmente, en forma intensa, la rótula (clonus rotuleano), extendiendo el pie (clonus aquileo) o la mano (clonus carpal); la respuesta positiva desencadena un movimiento rítmico de flexión y extensión que puede agotarse espontáneamente o al tacto.

Signos meníngeos.

- Rigidez de nuca: se explora con el niño en decúbito dorsal, hay resistencia a la flexión del cuello al levantarlo por la cabeza.

- Brudzinsky: a) cefálico, en decúbito dorsal se flexiona la barba sobre el pecho, provocando dolor y flexión de las rodillas, y b) contralateral, se extiende la cabeza hacia un lado y al flexionar el cuello doble la rodilla contralateral.
- Kernig: En decúbito dorsal, se flexiona una pierna y rodilla en 90 grados, al flexionar el cuello se provoca la flexión de la otra pierna.

Sensibilidad.

En niños, la exploración de la sensibilidad es especialmente difícil, por lo que se recomienda seguir los siguientes puntos:

- a) Explicar el objetivo, el procedimiento y la forma de comunicación (respondiendo "sí o no", "igual, más o menos", "frío o caliente", o bien, "suave o áspero" por ejemplo). Deberá estar convencido de que no se le va a lastimar.
- b) Condicionamiento: que responda, viendo, de acuerdo a la forma estipulada de comunicación y al tipo de estímulo, en varias ocasiones, hasta que comprenda el mecanismo del examen.
- c) Examen en sí, con los ojos cerrados, alternando sitios y con los diversos estímulos. La exploración de la sensibilidad incluye:
 - Superficial o cutánea: Comprende el estudio del tacto, dolor y temperatura, por medio de objetos suaves (hisopo), punzantes o ásperos (alfiler o palillo), y a diferentes temperaturas (tubos con agua fría y tibia).
 - Profunda o músculo-articular: Sensibilidad a la vibración, especialmente en superficies ósea y articulaciones, con la ayuda de un diapasón; y propioceptiva, sensibilidad a la palpación profunda de masas musculares.

La sensibilidad, especialmente la superficial, debe explorarse teniendo en cuenta la distribución de los dermatomas, haciendo el estudio en círculo alrededor de las extremidades, con una separación aproximada de tres a cinco centímetros entre cada punto estudiado. Las alteraciones de la sensibilidad incluyen anestesia, hipoestesia, hiperestesia, disestesia y parestesia. Cuando haya un nivel sensorial se recomienda marcarlo con tinta para, en exploraciones subsecuentes, valorar su evolución.

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 PFA: toda persona que presente parálisis o paresia flácida aguda (con tono muscular disminuido o abolido), que se instala en no más de cinco días, o bien, enfermedad paralítica en una persona en la que se sospeche poliomielitis.

Caso confirmado de Poliomielitis: Enfermedad paralítica aguda asociada al aislamiento de poliovirus salvaje del caso o de sus contactos, con o sin parálisis residual.

Caso confirmado de Poliomielitis asociado a Vacuna: Enfermedad paralítica aguda en la cual se demuestra mediante técnicas de laboratorio que el poliovirus vacunal es la causa de la enfermedad.

Caso descartado a Poliomielitis: Enfermedad paralítica aguda en la que se demuestra etiología diferente a la poliomielitis o el cuadro no es clínicamente compatible, y que tiene al menos una muestra de heces adecuadas y con resultado negativo.

Caso probable de Síndrome de Guillain-Barré asociado a la infección por el virus del Zika.

Todo caso de PFA que en los 21 días previos al inicio de la parálisis haya cumplido definición de caso probable de Infección por virus Zika.

Caso confirmado de Síndrome de Guillain-Barré asociado a la infección por el virus del Zika.

Caso clasificado como SGB asociado a la infección por virus del Zika y con confirmación de laboratorio a este virus mediante la detección de ARN viral mediante RT-PCR en tiempo real.

Caso descartado de Síndrome de Guillain-Barré asociado a la infección por el virus del Zika.

Caso de SGB en quien se demuestre etiología diferente a la infección por virus Zika.

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.

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.