



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS
PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS
MICOBACTERIOSIS
[TUBERCULOSIS Y LEPROA]

Manual de Procedimientos Estandarizados
para la Vigilancia Epidemiológica de las

Micobacteriosis

(Tuberculosis y Lepra)

Septiembre, 2012

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Epidemiología
ISBN

Francisco de P. Miranda 177, 4° Piso
Unidad Lomas de Plateros, Delegación Álvaro Obregón
México, Distrito Federal, CP 01480
Tel. 52 (55) 5337 16 00

www.salud.gob.mx · www.dgepi.salud.gob.mx

Impreso en México

SECRETARÍA DE SALUD

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg

Secretario de Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Lic. Igor Rosette Valencia

Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Jesús Felipe González Roldán

Director General de Epidemiología

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Jesús Felipe González Roldán

Director General de Epidemiología

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Cuitláhuac Ruíz Matus

Director General Adjunto de Epidemiología

Dr. Martín Arturo Revuelta Herrera

Director de Información Epidemiológica

Biól. José Cruz Rodríguez Martínez

Director de Vigilancia Epidemiológica de
Enfermedades Transmisibles

Dr. Ricardo Cortés Alcalá

Director de Vigilancia Epidemiológica de
Enfermedades No Transmisibles

Dr. Fernando Meneses González

Director de Investigación Operativa
Epidemiológica

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DEL InDRE

Dr. José Alberto Díaz Quiñonez

Director General Adjunto del InDRE

Dra. Carmen Guzmán Bracho

Directora de Diagnóstico y Referencia

QFB. Lucía Hernández Rivas

Directora de Servicios y Apoyo Técnico

ÍNDICE

Introducción.....	9
Marco legal	9
Justificación	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos.....	10
Mecanismos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra.....	11
Metodologías y procedimientos para la vigilancia epidemiológica.....	11
Determinantes de la salud de tuberculosis y lepra.....	12
Objetivos de desarrollo del milenio (ODM).....	12
Vigilancia epidemiológica de las Micobacteriosis.....	12
Situación Epidemiológica de tuberculosis.....	13
Definiciones operacionales.....	13
Acciones y funciones de vigilancia epidemiológica por nivel técnico-administrativo.....	15
Indicadores de evaluación de vigilancia epidemiológica y de laboratorio.....	19
Procedimientos de laboratorio.....	20
Situación epidemiológica de lepra.....	27
Definiciones operacionales de caso de lepra.....	27
Acciones y funciones de vigilancia epidemiológica por nivel técnico-administrativo.....	28
Indicadores de evaluación de vigilancia epidemiológica y laboratorio de lepra.....	31
Procedimientos de laboratorio para lepra.....	31
Análisis de la información de Micobacteriosis.....	34
Colaboración interinstitucional.....	36
Difusión de la información de Micobacteriosis.....	37
Capacitación.....	38
Supervisión.....	38
Bibliografía.....	40
Anexos.....	43

INTRODUCCIÓN

Las Micobacteriosis que se incluyen en este manual de vigilancia epidemiológica son la tuberculosis y la lepra, son padecimientos de interés epidemiológico que aún representan retos para la salud pública por ser enfermedades infectocontagiosas causadas por *M. tuberculosis* y *M. leprae* respectivamente, no obstante son de las más antiguas de la humanidad, afectando con mayor impacto las poblaciones vulnerables. La lepra y la tuberculosis son enfermedades curables, dependiendo de la detección oportuna de los casos, estudio de contactos, tratamiento específico y el seguimiento adecuado; cuando todo esto se logra es posible interrumpir la cadena de transmisión. El no cumplimiento correcto de los tratamientos ha complicado el panorama de tuberculosis con la aparición de cepas con resistencia a uno o a múltiples fármacos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la tuberculosis como una emergencia de salud pública, y estimó que 8.8 millones de personas en el mundo se enferman por esta causa y cada año, mueren 1.4 millones de personas por este padecimiento y el 23% se asocia al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

La co-infección de tuberculosis VIH-SIDA puede aparecer en el 30-50% de casos de SIDA, siendo ésta la comorbilidad más frecuente junto con la diabetes mellitus y la desnutrición.

La OMS estima que cerca de un millón de personas padecen lepra en el mundo, por ello se planeó a nivel mundial disminuir la tasa de prevalencia a menos de un caso por cada 10,000 habitantes. La lepra ha mostrado una reducción considerable en la cantidad de casos nuevos, y actualmente existe la tecnología necesaria para su eliminación y control a través de la detección oportuna de casos, el uso de esquemas terapéuticos modernos y el seguimiento de los casos para evitar las recaídas y el abandono del tratamiento.

Este manual está dirigido a los profesionales de la salud que están relacionados con las actividades de vigilancia epidemiológica de las Micobacteriosis y presenta los procedimientos y acciones que deben observar por cada nivel técnico administrativo.

MARCO LEGAL

Ley General de Salud

En el artículo 3° fracción XV, fracción I y II, 134, 135, 139 158, 159, 160 y 161 establece las actividades de vigilancia epidemiológica como componentes de la atención de la salud. Esta misma ley, en su título sexto, artículos 104 y 105, establece que la Secretaría de Salud integrará la información para elaborar estadísticas nacionales en salud, y en su artículo 108 señala que la misma secretaría orientará la captación, producción, procesamiento, sistematización y divulgación de la información para la salud.

Normas Oficiales Mexicanas

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, de acuerdo con este proyecto de norma se consideran como objeto de vigilancia los

casos de tuberculosis y lepra. Lo establecido en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-006-SSA2-2010, Para la prevención y control de la tuberculosis; y la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, para la prevención y el control de la lepra.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
Artículos: 8, fracción V; 10, fracciones VII, XII y XVI; y 32 bis.

JUSTIFICACIÓN

Las micobacteriosis continúan representando un importante problema de salud pública a pesar de las acciones específicas de control, y por otro lado por la actual dinámica y características de la enfermedad, la migración de la población, el mal apego al tratamiento, y el aumento de incidencia de casos fármaco-resistentes. Todo lo anterior complica el panorama de la enfermedad, y hace necesario fortalecer dichas acciones, entre ellas las de vigilancia epidemiológica a efecto de garantizar procedimientos eficaces y eficientes para la oportuna detección, manejo y seguimiento de los casos, así como del análisis situacional de su morbilidad y mortalidad en todos los niveles técnico administrativos.

Para dar respuesta a estas nuevas necesidades de vigilancia de estos padecimientos se presentan los procedimientos actualizados para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis y la lepra en cada nivel técnico administrativos de los estados del país y la federación.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar los procedimientos para estandarizar las actividades de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra que permita la obtención de información epidemiológica que oriente la toma de decisiones de los programas de prevención y control correspondientes.

Objetivos específicos

- Establecer los lineamientos para la vigilancia epidemiológica de las Micobacteriosis.
- Establecer los procedimientos para la detección, notificación y seguimiento de casos, y defunciones por Micobacteriosis.
- Especificar los tipos de análisis de información epidemiológica para la identificación de riesgos y emisión de recomendaciones, y medidas de prevención y control.
- Establecer indicadores que permitan evaluar la eficiencia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Micobacteriosis.
- Definir los mecanismos de difusión de información epidemiológica

MECANISMOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS Y LEPROA

La tuberculosis y lepra son enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria de acuerdo con la normatividad vigente conforme al cuadro 1.

Cuadro 1. Periodicidad de la notificación

Padecimiento	Clave CIE	Periodicidad de Notificación		Sistema Especial
		Inmediata	Semanal	
Meningitis tuberculosa	A17.0	X	X	X
Tuberculosis respiratoria	A15-A16		X	X
Tuberculosis otras formas	A17.1, A17.8, A17.9, A18-A19		X	X
Lepra	A30		X	X

METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Las metodologías y procedimientos para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis y la lepra son las descritas en el cuadro 2.

Cuadro 2. Metodologías y procedimientos para la vigilancia epidemiológica

Padecimiento	Clave CIE	Metodologías y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica						
		Vigilancia convencional	Estudio epidemiológico de caso	Registros nominales	Búsqueda activa de casos	Vigilancia basada en laboratorio	Vigilancia activa de la mortalidad	Dictaminación por grupo de expertos
Meningitis tuberculosa	A17.0	X	X	X	X	X	X	X
Tuberculosis respiratoria	A15-A16	X	X	X	X	X	X	
Tuberculosis otras formas	A17.1, A17.8, A17.9, A18-A19	X	X	X	X	X		
Lepra	A30	X	X	X	X	X	X	

DETERMINANTES DE LA SALUD DE TUBERCULOSIS Y LEPROSIS

Los principales determinantes de salud asociados con el riesgo de la ocurrencia de casos de tuberculosis y lepra son:

- Personas en los años extremos de la vida.
- Personas con inmunosupresión ejemplo: (SIDA, quimioterapia, Diabetes, o algún medicamento).
- Nivel socioeconómico bajo en condiciones de vida insalubres y hacinamiento.
- personas indigentes o privadas de la libertad (reclusorios).
- Alcoholismo.
- Desnutrición.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

Los ODM representan una iniciativa global que surgió de los compromisos y metas establecidas en las cumbres mundiales de los años noventa como respuesta a los principales desafíos de desarrollo. La meta global del control de la tuberculosis de los ODM es haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de casos, para el año 2015. (ODM 6 Meta 8).

La tasa mundial de incidencia muestra reducciones lentas, no obstante todas las regiones del mundo se encaminan hacia la consecución de las metas de los ODM. Con la estrategia Alto a la Tuberculosis, la OMS está trabajando para luchar contra la epidemia con objetivos orientados a:

- Procurar ampliar y reforzar el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) que es la estrategia internacional recomendada por la OMS para asegurar la curación de la tuberculosis.
- Afrontar los problemas planteados por la tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y otros desafíos.
- Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud.
- Incorporar a todos los proveedores de atención a la salud.
- Promover la autonomía de las personas con tuberculosis en sus comunidades y facilitar promover la investigación.
- Posibilitar y promover la realización de investigaciones.

De acuerdo con los indicadores desarrollados para cumplir con ODM la situación en México del año 2000 al 2011 muestra un 10% en la reducción de la tasa de incidencia de casos de tuberculosis y un 30% en la tasa de mortalidad.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MICOBACTERIOSIS

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en nuestro país es un conjunto de estrategias y acciones de vigilancia que permiten la producción de información para la salud pública, de acuerdo con la estructura del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de la propia Secretaría de Salud. La vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra son ámbitos de responsabilidad de la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE).

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) recolecta integra, y analiza los datos de morbilidad, mortalidad de casos de tuberculosis codificado del A15 al A19 y lepra A30 al A30.9, de todas las instituciones médicas de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Situación Epidemiológica de Tuberculosis

En América Latina México ocupa el tercer lugar en cuanto a la incidencia de casos de tuberculosis pulmonar. En la última década del año 2001-2011 se notificaron 165,597 casos de tuberculosis pulmonar, 2,398 tuberculosis Meníngea, 28,696 de tuberculosis de otras formas, con un acumulado de 196,691 casos notificados con una variación porcentual anual de 4.5% para tuberculosis pulmonar, 14.6% para tuberculosis meníngea, 1.8% para tuberculosis otras formas.

La tasa de incidencia Nacional de casos de tuberculosis pulmonar en 2001 fue de 16.16 casos por cada 100 000 habitantes y para el 2010 de 14.19 casos por cada 100 000 habitantes, lo que evidencia su contención pero relativamente poco impacto en su reducción.

Los estados que tiene mayor incidencia de casos de tuberculosis pulmonar para el 2001 son Baja California con 53.98, Tamaulipas con 37.45, Guerrero 34.52, Chiapas 34.03, y Nuevo León 31.09, y para el 2010 fueron Baja California con 41.10, Tamaulipas 32.97, Guerrero 31.71, Nayarit 29.02, Sonora 28.94, lo cual nos muestra la persistencia de la transmisión en estados repetidores a casi una década de distancia.

La localización anatómica más frecuente de la tuberculosis es la pulmonar con 84.5 %, otras formas 14.3 % y meníngea con 1.14 %, el grupo de edad más frecuente donde se presenta la tuberculosis en todas sus formas es de 25-44 años de edad siendo el sexo masculino es el más afectado.

Definiciones Operacionales

Para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, existen las siguientes definiciones operacionales de caso:

Caso probable de tuberculosis pulmonar (sintomático respiratorio): Toda persona que presenta tos con expectoración o hemoptisis, de dos o más semanas de evolución. En niños, todo caso que presente tos con o sin expectoración durante dos o más semanas, fiebre, diaforesis nocturna, detención o baja de peso.

Caso de tuberculosis confirmado por laboratorio: toda persona con tuberculosis cuyo diagnóstico ha sido comprobado por baciloscopia, cultivo, histopatología o métodos moleculares la tuberculosis.

Caso de tuberculosis confirmado por clínica: toda persona con tuberculosis en quién la sintomatología, signos físicos, elementos auxiliares de diagnóstico, respuesta terapéutica, sugieren la evidencia de tuberculosis pero la baciloscopia, cultivo o métodos moleculares fueron negativos.

Caso de tuberculosis descartado: todo caso probable de tuberculosis en quien se compruebe otra etiología.

Caso nuevo de tuberculosis: toda persona en quien se establece el diagnóstico de tuberculosis por primera vez y que nunca haya recibido tratamiento.

Contacto: persona que convive o ha convivido con un enfermo de tuberculosis bacilífero de manera intra o extradomiciliaria y que tiene la posibilidad de contraer la infección.

Fracaso de tratamiento: a la persistencia de bacilos en la expectoración o en otros especímenes al término de tratamiento confirmada por cultivo, o a quien después de un periodo de negativización durante el tratamiento, tiene baciloscopia positiva confirmada por cultivo.

Recaída: a la reaparición de signos o síntomas con nueva presencia de bacilos en la expectoración, o en otros especímenes, después de haber egresado del tratamiento por curación.

Reingreso: caso de tuberculosis que reinicia el tratamiento después de haberlo abandonado.

Defunción por tuberculosis: a la defunción en la que la tuberculosis inicia la serie de acontecimientos que llevan a la muerte.

Caso probable de Tuberculosis Fármaco-resistente (TBMFR): categoría II, IV y contactos con un caso conocido de MFR.

Caso de TBMFR: es todo caso en el que se confirma que las cepas infectantes de *M. tuberculosis* son resistentes in vitro como mínimo a la isoniazida y a la rifampicina, simultáneamente.

Categoría I: caso nuevo de tuberculosis activa que nunca ha recibido tratamiento o lo ha recibido por menos de treinta días.

Categoría II: abandono, fracaso, o recaída a la categoría I.

Categoría III: caso de tuberculosis no confirmado, extrapulmonar y tuberculosis en niños.

Categoría IV: caso crónico (con dos o más tratamientos), o caso probable de TBMFR.

Caso probable de tuberculosis meningea (TBM): a toda persona que presente cualquiera de los siguientes síndromes: infeccioso, meníngeo, craneo hipertensivo y encefálico, de manera individual o combinada. En menores de 5 años de edad: los que presenten rechazo al alimento, somnolencia e irritabilidad, aunado a los síndromes arriba mencionados. Con o sin antecedente de contacto con algún caso de tuberculosis pulmonar, con sospecha por cualquier auxiliar de diagnóstico (por ejemplo citoquímico de LCR, imagenología, entre otros).

Caso confirmado de TBM: caso que cuenta con confirmación por laboratorio de la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*, en líquido cefalorraquídeo a través de baciloscopia, cultivo o métodos moleculares.

Acciones y Funciones de Vigilancia Epidemiológica por Nivel Técnico-Administrativo

Nivel Local

- Realizar la detección de casos probables.
- Realizar la toma y envío de muestras al laboratorio de referencia correspondiente.
- Registrar el caso en la hoja diaria del médico.
- Notificación semanal de los casos probables y confirmados de tuberculosis en el formato SUIVE 1 (anexo 1).
- Notificación inmediata en las primeras 24 horas de detección de todo caso probable o confirmado de tuberculosis meníngea de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica y este Manual.
- Recibir y compilar los resultados de laboratorio para la clasificación de los casos.
- Realizar el estudio epidemiológico de caso a todo caso confirmado de tuberculosis (anexo 2).
- Realizar el estudio del 100 % de los contactos y registrarlos en la tarjeta de registro y, estudio epidemiológico de caso (anexo 2).
- Realizar la captura del caso en el sistema de información correspondiente; en aquellas unidades que no cuenten con la infraestructura informática deberán enviar copia del estudio de caso a la jurisdicción sanitaria.
- Realizar el seguimiento bacilosκόpico mensual de los casos hasta su clasificación final (anexo 3).
- Para los casos con baciloscopia positiva al término del segundo mes de tratamiento se solicitará realizar cultivos y pruebas de fármaco sensibilidad para el diagnóstico de farmacorresistencia en caso de que esta se confirme, se realizará cultivo de seguimiento de manera bimensual.
- En todo caso de tuberculosis meníngea en menor de 5 años, recopilar la información clínico epidemiológica y de laboratorio y enviarla al nivel inmediato superior.
- Participar en la clasificación de los casos y defunciones de TBM en el comité jurisdiccional de vigilancia epidemiológica u homólogos.
- Participar en la búsqueda activa de casos de tuberculosis.
- Realizar un examen serológico a fin de detectar VIH, y Diabetes Mellitus a todo caso nuevo de tuberculosis.

Nivel Jurisdiccional

- Verificar que se cumplan la detección, notificación y seguimiento de los casos hasta su clasificación final de acuerdo con los procedimientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis.
- Notificación semanal de los casos de tuberculosis al nivel estatal.
- Notificación inmediata en las primeras 24 horas de detección de todo caso probable o confirmado de tuberculosis meníngea al nivel estatal.
- Capturar en el sistema de información los estudios epidemiológicos cuando aplique.
- Validar en el sistema electrónico la información epidemiológica de tuberculosis.
- Analizar la información capturada en el sistema de información, y en caso necesario solicitar las aclaraciones pertinentes a nivel local.
- Garantizar el envío en tiempo y forma de las muestras de laboratorio local o al Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP), y darle seguimiento hasta obtener los resultados del mismo.

- Verificar y asesorar en el seguimiento de las defunciones hasta clasificarlas como rectificadas o ratificadas, con envío del certificado de defunción y el formato de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica, al nivel inmediato superior (anexo 5 y 6).
- Participar en la clasificación de los casos y defunciones de TBM en el comité jurisdiccional de vigilancia epidemiológica u homólogos.
- Recopilar los documentos con la información clínico epidemiológica, y de laboratorio de los casos de tuberculosis meníngea en menores de 5 años, y enviarlos al nivel inmediato superior.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional.
- Evaluar en el seno del Comité Jurisdiccional de Vigilancia u homólogo de acuerdo con las funciones y atribuciones, la información epidemiológica de la tuberculosis, a efecto de orientar las medidas de prevención y control.
- Presentar la evaluación a través de los indicadores de vigilancia epidemiológica y de laboratorio de tuberculosis de manera mensual en el seno del Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (COJUVE).
- Actualizar el panorama epidemiológico de la tuberculosis.
- Capacitar al personal de salud y de epidemiología en los procedimientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis.
- Supervisar y asesorar a las áreas operativas para identificar posibles omisiones de procedimientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis, para la corrección inmediata de las mismas.
- Gestionar y garantizar los insumos necesarios para la toma y envío de muestras de laboratorio a las unidades médicas.
- Evaluar el impacto de las acciones de prevención y control.
- Canalizar la información a la coordinación estatal.
- Elaborar avisos o alertas en el ámbito Jurisdiccional.
- Emitir recomendaciones basadas en el análisis de la información epidemiológica que oriente las acciones de control.
- Difundir y realimentar la información epidemiológica a las unidades operativas.

Nivel Estatal o Delegacional

- Verificar que se cumplan la detección, notificación y seguimiento de los casos hasta su clasificación final de acuerdo con los procedimientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis
- Validar la información capturada en los sistemas de información correspondiente, y en caso necesario solicitar las aclaraciones pertinentes al nivel jurisdiccional.
- Notificación semanal de los casos de tuberculosis a la DGAE.
- Notificación inmediata en las primeras 24 horas de detección de todo caso probable o confirmado de tuberculosis meníngea.
- Analizar la información epidemiológica de tuberculosis.
- Fortalecer la coordinación con el Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP), con el fin de obtener resultados en forma oportuna para la confirmación o descarte de los casos de tuberculosis.
- Verificar las defunciones a través de la rectificación o ratificación de las mismas, y enviar el certificado de defunción y el formato de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica anexo 8 de INEGI, a la DGAE (anexo 5 y 6).
- Recopilar y enviar los documentos con la información clínico epidemiológica, y de la-

laboratorio, para la dictaminación de casos y/o defunciones de tuberculosis meníngea en menores de 5 años, al nivel federal en los primeros 30 días posteriores a su notificación.

- Dictaminar en el seno del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) los casos y/o defunciones de tuberculosis meníngea en menores de 5 años en los primeros 20 días hábiles posteriores a su detección y enviar el dictamen a la DGAE en los primeros 30 días de su notificación.
- Presentar la evaluación a través de los indicadores de vigilancia epidemiológica y de laboratorio de tuberculosis de manera mensual en el seno del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE).
- Realizar el panorama epidemiológico de tuberculosis y actualizarlo de manera mensual.
- Presentar en la Reunión Anual de la DGAE los casos y/o defunciones de tuberculosis meníngea en menores de 5 años, ante el Grupo Nacional de Expertos de Tuberculosis meníngea, para dictaminarlos como caso confirmado o descartado.
- Capacitar al nivel jurisdiccional y local, al personal de salud y epidemiología en los procedimientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis.
- Supervisar al nivel jurisdiccional y local, a efecto de identificar posibles omisiones en los procedimientos de vigilancia epidemiológica para la corrección inmediata de los mismos.
- Gestionar los recursos necesarios para garantizar el funcionamiento de las unidades operativas.
- Evaluar y supervisar las medidas de control aplicadas.
- Elaborar avisos o alertas en el ámbito estatal.
- Emitir recomendaciones basadas en el análisis de la información epidemiológica que oriente las acciones de control.
- Difundir la información y los procedimientos de vigilancia epidemiológica derivada del análisis de tuberculosis.

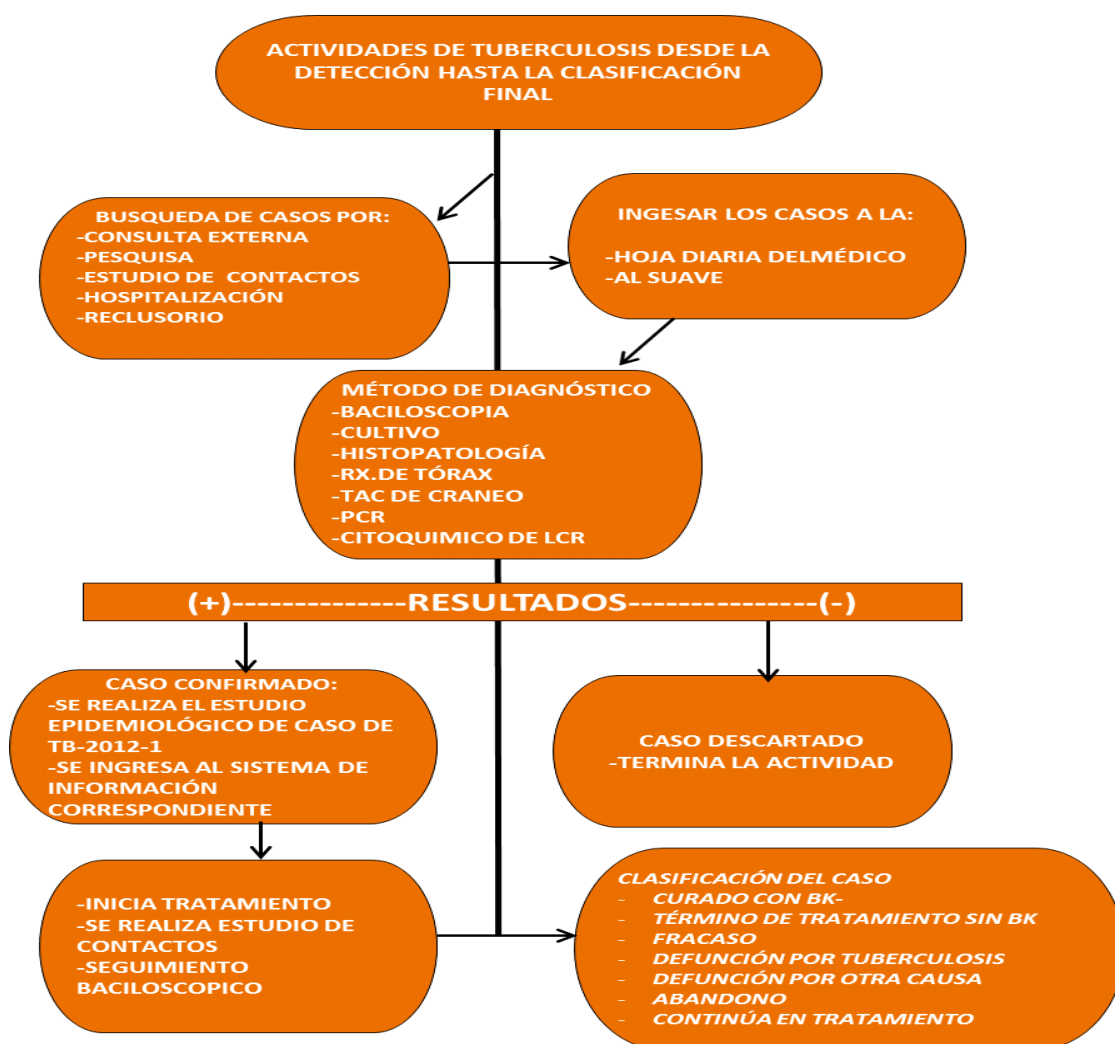
Nivel Nacional

- Establecer los procedimientos de la vigilancia epidemiológica de tuberculosis.
- Verificar y validar la calidad de la información epidemiológica de tuberculosis.
- Analizar la información epidemiológica de tuberculosis de manera permanente.
- Fortalecer la coordinación con el InDRE, con el fin de obtener resultados de tuberculosis en forma oportuna.
- Verificar las defunciones rectificadas o ratificadas, con el certificado de defunción y el formato de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica de INEGI (anexo 6).
- Evaluar en el seno del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), la información epidemiológica de la tuberculosis, a efecto de orientar las medidas de prevención y control.
- Validar la dictaminación en el (CONAVE) con el Grupo Nacional de Expertos de tuberculosis meníngea, la información epidemiológica, clínica y de laboratorio, de los casos y/o defunciones de tuberculosis meníngea en menores de 5 años en los primeros 30 días hábiles posteriores a su detección.
- Realizar la evaluación a través de los indicadores de vigilancia epidemiológica y laboratorio de manera mensual.
- Realizar el panorama epidemiológico de tuberculosis.
- Otorgar asesoría técnica de las actividades de vigilancia epidemiológica de tuberculosis en todos los niveles técnicos administrativos.
- Capacitar y asesorar al personal en salud y de epidemiología en los procedimientos de

vigilancia epidemiológica de Tuberculosis.

- Supervisar todos los niveles técnico administrativo, a efecto de identificar posibles omisiones a los procedimientos de vigilancia epidemiológica para la corrección inmediata de los mismos.
- Evaluar el impacto de las acciones de control.
- Elaborar y difundir avisos y alertas epidemiológicas de riesgos a la salud de la población consensadas en el CONAVE.
- Emitir recomendaciones basadas en el análisis de la información epidemiológica que oriente las acciones de control.
- Difundir la información derivada del análisis a las áreas involucradas (CENAPRECE, InDRE, e Instituciones que conforman el CONAVE), incluyendo a los servicios estatales de salud.

Flujograma de las Acciones de Tuberculosis



Indicadores de Evaluación de Vigilancia Epidemiológica y de Laboratorio

Los indicadores deben realizarse en los niveles jurisdiccional, estatal y nacional de forma mensual, con el objetivo de evaluar el sistema de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis y lepra.

Indicadores de Evaluación de Vigilancia Epidemiológica y Laboratorio

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	CONSTRUCCIÓN	EVALUACIÓN ESPERADA
Clasificación Oportuna.	Casos clasificados en los primeros 6 meses de notificación entre el total de casos nuevos notificados.	Número de casos clasificados* en los primeros 6 meses de su notificación / el número de casos nuevos notificados. *clasificación corresponde a la clasificación final del caso.	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60
Seguimiento Oportuno.	Casos nuevos con seguimiento bacilosκόpico mensual desde su notificación entre el total de casos nuevos notificados.	Número de casos con seguimiento oportuno* / total de casos nuevos notificados X 100 *seguimiento oportuno corresponde a todos los casos con baciloscopia mensual.	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60
Notificación oportuna de casos confirmados.	Casos que se notifiquen al sistema de información en los primeros 30 días entre la fecha de notificación y la fecha de captura.	Número de casos notificados con oportunidad/ total de casos notificados X 100.	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60
Notificación oportuna de casos de TBM.	Casos de TBM notificados al sistema de información en las primeras 24 hrs entre el total de casos TBM notificados.	Números de casos de TBM notificados con oportunidad / total de casos TBM notificados X 100.	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60
Información completa de los casos.	Casos notificados con información completa* (12 variables mínimas que requiere el sistema de información) entre el total de casos notificados.	Número de casos notificados con información completa* / total de casos notificados X 100.	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60
Porcentaje de contactos examinados de los contactos declarados.	El indicador se elabora con base en el número de contactos que se examinaron del total de contactos declarados de los casos de TB.	Número de contactos examinados/ número de contactos declarados X 100.	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60
Porcentaje de muestras de baciloscopia de diagnóstico adecuadas.	El indicador se elabora con base en el número de muestras de diagnóstico adecuadas entre el total de las muestras de diagnóstico tomadas de tuberculosis	Número de muestras de baciloscopia de diagnóstico adecuadas / No. Total de muestras tomadas X 100.	Categoría % Sobresaliente = 90 a < 100 Satisfactorio = 80 a < 90 Mínimo = 60 a < 80 Precario = < 60

Procedimientos de Laboratorio

Criterios para la Recepción de Muestras:

Expectoración o esputo

- Debe provenir del árbol bronquial, obtenida después de un esfuerzo de tos y no la que se obtiene de la faringe o por aspiración de secreciones nasales o saliva.
- Se debe tomar en serie de tres muestras.
 - Primera muestra cuando se identifique al sintomático respiratorio.
 - Segunda muestra al despertar por la mañana siguiente.
 - Tercera muestra al entregar la segunda en la unidad de salud.

Características de una buena muestra:

- Contener material mucopurulento.
- La cantidad suficiente (3-5 ml)
- Estar colocada en envase adecuado
- Estar bien identificada
- Bien conservada (de preferencia en refrigeración) y transportada adecuadamente y lo más pronto posible (protegida de la luz, el calor excesivo y derrames).

El envase donde se recolecte debe tener las siguientes características:

- Boca ancha (aproximadamente 6 cm de diámetro) para facilitar la recolección y en el laboratorio la mejor elección de partículas.
- Tapa de rosca para disminuir el riesgo de derramar la muestra durante el transporte y de producción de aerosoles al abrirlo en el laboratorio.
- Pared lisa que permita la correcta identificación del envase.
- Capacidad de 50 a 60 ml y 3 cm de profundidad para recolectar una muestra suficiente.
- Transparente para juzgar la calidad de la muestra sin abrir el envase.
- Desechable para favorecer su eliminación.

Para la obtención de una buena muestra indicar al paciente con claridad las siguientes instrucciones:

- Inspirar profundamente reteniendo el aire y expirar vigorosamente tres veces
- Inspirar profundamente por cuarta vez y expirar vigorosamente nuevamente tosiendo para obtener material bronquial (la muestra debe ser mucopurulenta).
- Si la muestra es saliva se debe procesar y solicitar una muestra de mejor calidad.

Criterios para el Rechazo de Muestras:

- Muestra derramada
- Muestra sin identificación

Diagnósticos por Laboratorio de Casos de Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar

- Para realizar el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*, es fundamental observar las siguientes recomendaciones:
 - Procesar las muestras con la menor demora posible. Lo ideal es procesar las muestras de contenido gástrico y las extrapulmonares dentro de las cuatro horas siguientes a la recolección. Para lograrlo es necesario establecer una organización conjunta entre el personal del laboratorio y el equipo médico que toma las muestras.
 - Preservar las muestras de la luz solar, desecación y el calor. Mantenerlas refrigeradas

entre 4° C y 8° C hasta el momento de su procesamiento si inevitablemente transcurrieran varios días desde la recolección hasta la siembra.

- Es letal para el bacilo el agregado de fenol o cloroformo. Esto puede ser desconocido por el equipo médico que toma biopsias y sigue procedimientos indicados para estudios histopatológicos, que son inadecuados para el cultivo de micobacterias y también de otros microorganismos.

Muestras Pulmonares

Expectoración o esputo

- Debe provenir del árbol bronquial, obtenida después de un esfuerzo de tos y no la que se obtiene de faringe o por aspiración de secreciones nasales o saliva.

Características de una buena muestra

- Contener material mucopurulento.
- Ser cantidad suficiente (3-5 ml).
- Estar colocada en envase adecuado.
- Estar bien identificada.
- Ser conservada (de preferencia en refrigeración) y transportada adecuadamente (protegida de la luz, el calor excesivo y derrames).

El envase donde se recolecte debe tener las siguientes características:

- Boca ancha (aproximadamente 6 cm de diámetro) para facilitar la recolección y en el laboratorio la mejor elección de partículas.
- Tapa de rosca para disminuir el riesgo de derramar la muestra durante el transporte y de producción de aerosoles al abrirlo en el laboratorio.
- Pared lisa que permita la correcta identificación del envase.
- Capacidad de 50 a 60 ml y 3 cm de profundidad para recolectar una muestra suficiente.
- Transparente para juzgar la calidad de la muestra sin abrir el envase.
- Desechable para favorecer su eliminación.

Lavado bronquial:

- Puede hacerse con sonda o broncoscopio y solamente por un especialista
- Además de la secreción recogida durante la broncoscopia debe instruirse al paciente para que recoja la expectoración de las 24 horas siguientes
- El envase debe tener las siguientes características:
- Boca ancha (aproximadamente 6 cm de diámetro) para facilitar la recolección y en el laboratorio la mejor elección de partículas.
- Tapa de rosca para disminuir el riesgo de derramar la muestra durante el transporte y de producción de aerosoles al abrirlo en el laboratorio.
- Pared lisa que permita la correcta identificación del envase.
- Capacidad de 50 a 60 mL y 3 cm de profundidad para recolectar una muestra suficiente.
- Transparente para juzgar la calidad de la muestra sin abrir el envase.
- Desechable para favorecer su eliminación.

Muestras Extrapulmonares

Lavado gástrico

- La obtención de este material debe hacerse por personal médico.
- Se llega al estómago con una sonda gástrica que se introduce por vía nasal o bucal y se aspira con una jeringa de 50 ml, en niños con jeringa de 10-20 ml.
- En caso de no obtener material se inyectan por la sonda entre 10-15 ml en niños y 50 ml de agua y se aspira inmediatamente.
- Se deben tomar tres muestras diferentes, por la mañana, con el paciente en ayunas.
- La muestra se procesa de inmediato o se conserva en refrigeración y se analiza antes de 6 horas.
- Antes de procesarse se neutraliza con 1 mg de Na_2CO_3 /ml de muestra

El envase debe tener las siguientes características:

- Boca ancha (aproximadamente 6 cm de diámetro) para facilitar la recolección y en el laboratorio la mejor elección de partículas.
- Tapa de rosca para disminuir el riesgo de derramar la muestra durante el transporte y de producción de aerosoles al abrirlo en el laboratorio.
- Pared lisa que permita la correcta identificación del envase.
- Capacidad de 50 a 60 ml y 3 cm de profundidad para recolectar una muestra suficiente.
- Transparente para juzgar la calidad de la muestra sin abrir el envase.
- Desechable para favorecer su eliminación.

Orina

- Debe tomarse en serie de cuatro muestras.
- Cada día se recogen entre 50 y 100 mL de orina de la primera micción de la mañana, previo lavado externo con agua.
- La muestra debe ser procesada inmediatamente y si va a ser transportada a otro lugar, se debe centrifugar y neutralizar el sedimento agregándole 1 mg de carbonato de sodio por cada mL, conservándolo en un tubo bien cerrado y refrigerado.

El envase debe tener las siguientes características:

- Boca ancha (aproximadamente 6 cm de diámetro) para facilitar la recolección.
- Tapa de rosca para disminuir el riesgo de derramar la muestra durante el transporte y de producción de aerosoles al abrirlo en el laboratorio.
- Pared lisa que permita la correcta identificación del envase.
- Capacidad de 300 a 500 mL.
- Desechable para favorecer su eliminación.

Líquido cefalorraquídeo

- La obtención de este material la debe realizar el personal médico, quien extrae de 1 a 3 mL de líquido cefalorraquídeo, sin agregar anticoagulante.
- Inmediatamente la muestra se centrifuga a 3,000 X G durante 10 min.
- Una porción del sedimento se siembra directamente, sin descontaminación previa.
- El resto del sedimento se guarda 48 horas en refrigeración y en caso de observarse contaminación en el cultivo anterior, se siembra el resto de la muestra en forma similar.

- Si el cultivo anterior se contamina, el resto de la muestra se descontamina y se siembra.
- Cuando el volumen de la muestras es pequeño, el sedimento se siembra directamente.
- En todos los casos se realiza baciloscopia del sedimento.

El envase debe tener las siguientes características:

- Tubo estéril de 10 a 15 mL de capacidad.
- Tapa de rosca para disminuir el riesgo de derramar la muestra durante el transporte y de producción de aerosoles al abrirlo en el laboratorio.
- Pared lisa que permita la correcta identificación del envase.

Líquido pleural, ascitis y otros

- La obtención de estos materiales debe hacerse por personal médico.
- La muestra debe procesarse lo más rápidamente posible y de no ser así, se conservará en refrigeración.
- El sedimento se utiliza para baciloscopia y cultivo.

El envase debe tener las siguientes características:

- Recipiente de vidrio estéril con capacidad para contener el volumen de muestra obtenido.
- Tapa de rosca para disminuir el riesgo de derramar la muestra durante el transporte y de producción de aerosoles al abrirlo en el laboratorio.
- Pared lisa que permita la correcta identificación del envase.

Biopsias y material desecado

- La obtención de estos materiales debe hacerse por personal médico.
- La muestra se envía de inmediato al laboratorio para hacer el cultivo.

El envase debe tener las siguientes características:

- Recipiente de plástico estéril y sin conservadores para preservar la viabilidad del bacilo (no agregar formol).
- Tapa de rosca para disminuir el riesgo de derramar la muestra durante el transporte y de producción de aerosoles al abrirlo en el laboratorio.
- Pared lisa que permita la correcta identificación del envase.

Indicaciones para el Envío de Muestras

Evitar:

- Exposición al calor excesivo
- Exposición a la luz solar directa
- Derrame del contenido del envase

La muestra con los datos del paciente.



Se introduce en una bolsa de plástico.
Se asegura con una liga.

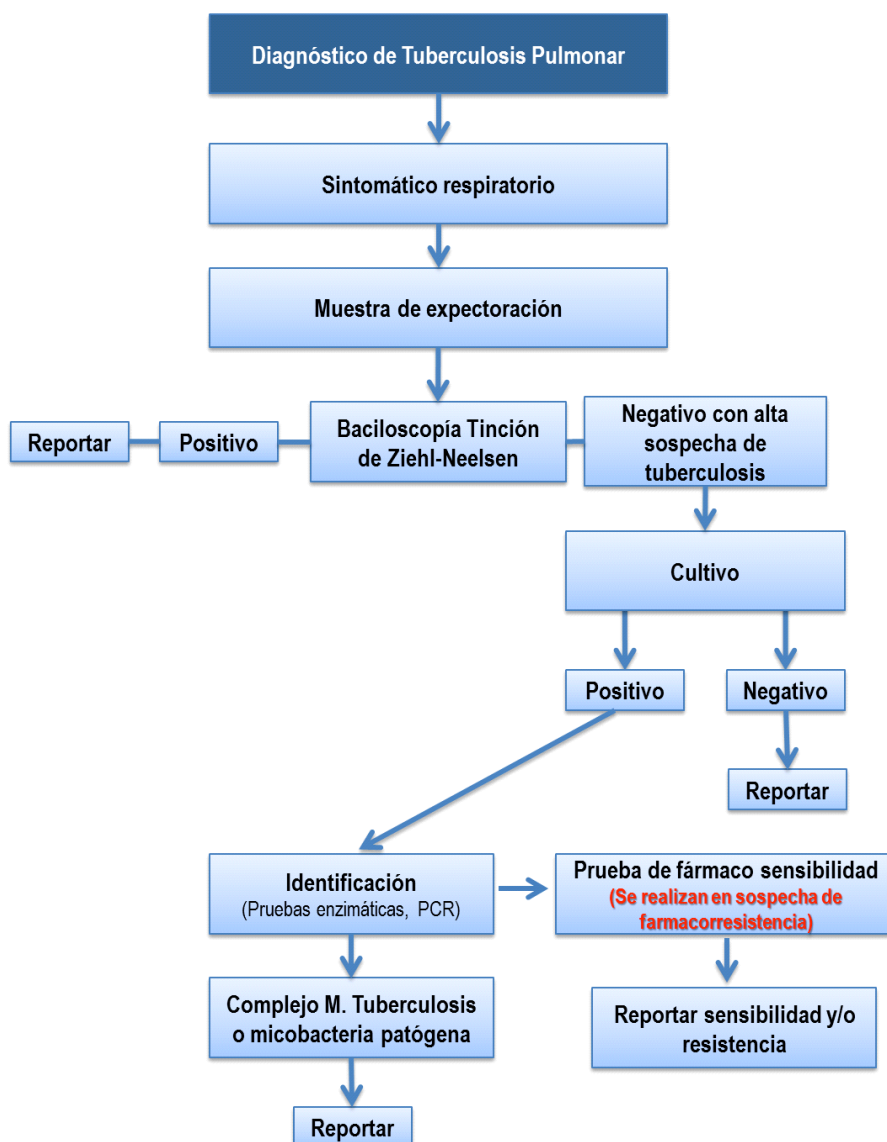
Se requiere un triple embalaje :



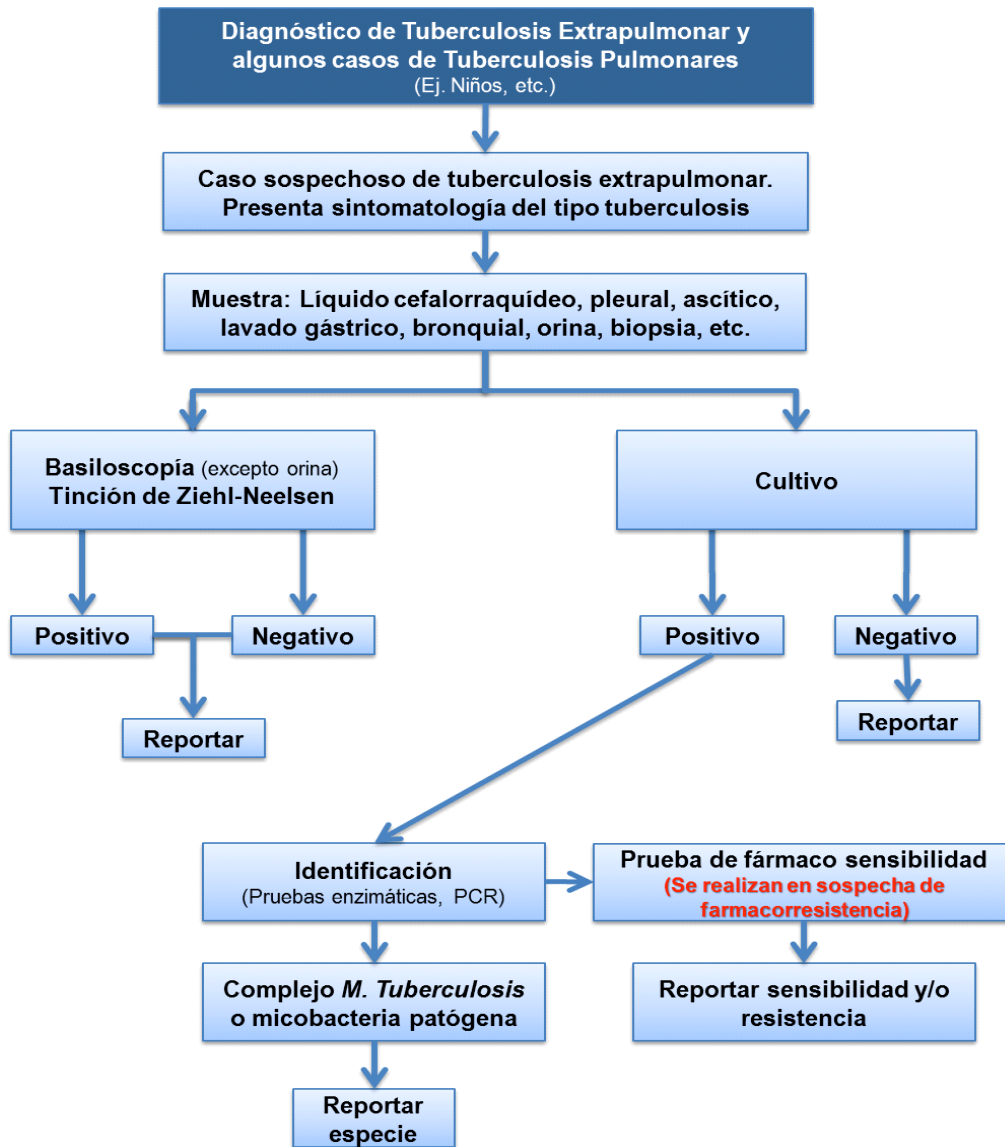
Embalaje:

- Bolsa de plástico
- Liga
- Caja de unicel
- Refrigerante
- Caja de cartón
- Etiquetas
- Formato de solicitud

Algoritmo Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar

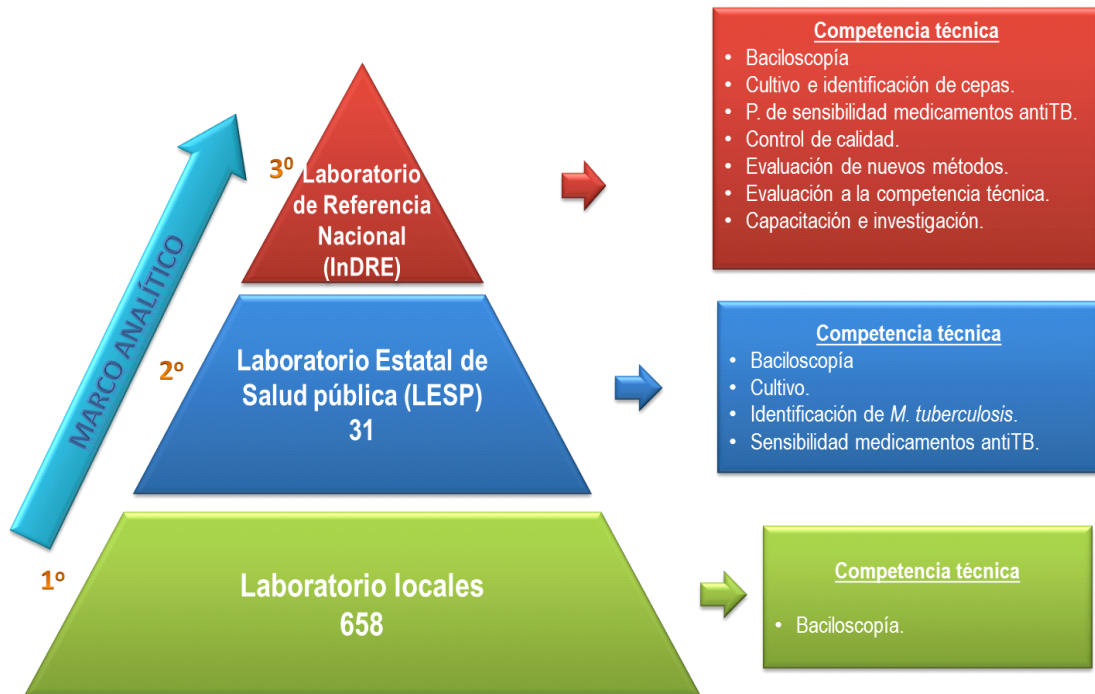


Algoritmo Diagnóstico de Tuberculosis Extrapulmonar



Para el diagnóstico de tuberculosis en niños seguir los lineamientos establecidos en la Guía Práctica para la atención de la Tuberculosis en Niños, Niñas y Adolescentes del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Marco Analítico de Tuberculosis



Situación epidemiológica de lepra

En 1991 la OMS adoptó la resolución WHA.44.9 en la que se establece el compromiso de eliminar la lepra como problema de salud pública a nivel mundial para fines del año 2000. La meta es obtener una prevalencia menor de un caso por 10,000 habitantes; para estos logros ha contribuido la “Estrategia Global para Reducir la Carga de Lepra y Sostener Acciones de Control (2006-2010)”, misma que fue revisada por la Organización Mundial de la Salud en 2011, dando lugar a la “Estrategia Global Mejorada para Reducir la Carga de Enfermedad por Lepra 2011-2015”.

A nivel nacional la prevalencia en 2011 ha presentado una reducción de un 97 % con respecto a la obtenida en 1989, cuando se presentaron 16.694 casos, siendo los estados de Michoacán, Oaxaca, Tamaulipas, Yucatán, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Jalisco y Guerrero los que aún presentan prevalencias mayores o iguales a un caso por cada 10 000 habitantes.

La tasa de incidencia de los casos de Lepra ha presentado una reducción en los últimos años, en 1989 se registró una tasa de 0.32 casos por cada 100 000 habitantes, en comparación con 2011 que se registró una tasa de 0.16 caso por cada 100 000 habitante. Los estado de Sinaloa, Nayarit y Colima presentan una tasa mayor a un caso por cada 100 000 habitantes, siendo estos los estados que concentran el mayor número de casos por año.

Para el 2011 se encuentran 525 casos prevalentes con una tasa de 0.47 por cada 10 000 habitantes, donde los estados de Sinaloa, Michoacán, Nuevo León, Guerrero, Nayarit, Jalisco, Colima, Oaxaca, Guanajuato y Tamaulipas concentran el 80.1 % de los casos prevalentes a nivel nacional.

Los grupos de edad más afectados son 25 a 44 en un 30.69 % y de 45 a 64 en un 36.27 %. Este padecimiento afecta más frecuente al sexo masculino.

Definiciones Operacionales de Caso de Lepra

Para la vigilancia epidemiológica de lepra, las definiciones operacionales de caso son las siguientes:

Caso Probable: a toda persona que presente manchas hipo-pigmentadas, rojizas o cobrizas con trastorno de la sensibilidad, o bien placas infiltradas, nódulos, infiltración difusa, úlceras, o zonas con trastorno de la sensibilidad sin lesiones dermatológicas.

Caso Confirmado de Lepra: todo caso probable con baciloscopia positiva o bien, basiloscopia negativa pero con evidencia epidemiológica y resultado histopatológico compatible con lepra.

Contacto de Lepra: toda persona que convive o ha convivido con un caso confirmado de Lepra.

Recaída: la reaparición de signos y síntomas de lepra e identificación de bacilos o estado reaccional después de haber curado.

Clasificación Clínica de los Casos Confirmados de Lepra

Lepra grupo Dimorfo: al caso que presenta lesiones histológicas de los dos tipo existentes y clínicamente semejante al tuberculoide con o sin manifestaciones neurológicas; sin o con escasos bacilos; corresponden al borderline o limítrofe de la CIE-10.

Lepra grupo indeterminado: al caso que presenta manifestaciones cutáneas y neurológicas sin o con escasos bacilos aislados.

Lepra tipo Lepromatoso: al caso con lesiones sistémicas y progresivas con abundantes bacilos.

Lepra tipo Tuberculoide: al caso con lesiones localizadas regresivas, afecta únicamente piel y nervios periféricos sin bacilos demostrables.

Curado Clínicamente: al caso de Lepra que ha concluido su esquema de poliquimioterapia en el que desaparecen signos y síntomas y en el estudio histopatológico no se encuentran granulomas ni infiltrados. En casos multibacilares se requiere baciloscopia positiva o negativa con índice morfológico que indique que no hay bacilos viables.

Acciones y Funciones de Vigilancia Epidemiológica por Nivel Técnico-Administrativo

Nivel Local

- Realizar la detección de los casos probables
- Realizar la toma y envío de muestras de baciloscopia e histopatología al nivel inmediato superior.
- Registrar el caso en la hoja diaria del médico.
- Notificación semanal de los caso probable y/o confirmado en el formato SUIVE-1, de acuerdo con lo establecido en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- Recibir los resultados de laboratorio para la clasificación de los casos.
- Realizar el estudio epidemiológico de todo caso confirmado en el formato LP-12-1 (anexo 4).
- Realizar el estudio de contactos al 100% por búsqueda activa, e identificar lesiones en la piel de los contactos y en caso de ser sugestivas de lepra realizar estudio de baciloscopia e histopatología.
- Concentrar de manera semanal los estudios epidemiológicos de caso de lepra y enviarlos al nivel inmediato superior.
- Realizar el seguimiento baciloscópico de los casos de lepra multibacilar cada 6 meses hasta su clasificación final.
- El seguimiento clínico y el tratamiento corresponde al Programa Nacional de Prevención y Control de Lepra de acuerdo con lo establecido en la NOM-027-SSA2-2007.
- Participar en la búsqueda activa de casos de lepra.

Nivel Jurisdiccional

- Verificar que se cumplan la detección, notificación y seguimiento de los casos hasta su clasificación final de acuerdo con los procedimientos de vigilancia epidemiológica de lepra.
- Notificar los casos al nivel inmediato superior.
- Registrar los casos al sistema especial de lepra en los primeros 7 días de su identificación.
- Clasificación de los casos en los primeros 30 días posterior a su identificación.
- Validar y concentrar de manera semanal el estudio epidemiológico de caso de lepra y enviarlo al nivel inmediato superior.
- Analizar la información recibida por el nivel local y en caso necesario solicitar las aclaraciones pertinentes.
- Garantizar el envío en tiempo y forma de las muestras al LESP, o al que corresponda y darle seguimiento hasta obtener los resultados del laboratorio.
- Verificar y asesorar el seguimiento de la clasificación de las defunciones hasta su rectificación o ratificación, con envío del certificado de defunción y el formato de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica, al nivel inmediato superior.
- El seguimiento clínico y el tratamiento corresponde al Programa Nacional de Prevención y

Control de la lepra de acuerdo con lo establecido en la NOM-027-SSA-2007.

- Fortalecer la coordinación interinstitucional.
- Evaluar en el seno del Comité Jurisdiccional de Vigilancia u homólogo de acuerdo con las funciones y atribuciones, la información epidemiológica de lepra, a efecto de orientar las medidas de prevención y control.
- Realizar y analizar los indicadores de evaluación de lepra mensualmente y presentarlos en el seno del Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (COJUVE).
- Realizar el panorama epidemiológico de lepra y actualizarlo de manera mensual.
- Capacitar al personal de salud y de epidemiología en los procedimientos de vigilancia epidemiológica de lepra.
- Supervisar y asesorar a las áreas operativas a efecto de identificar posibles omisiones a los procedimientos de vigilancia epidemiológica de lepra para la corrección inmediata de los mismos.
- Gestionar y garantizar los insumos necesarios para toma y envío de muestras de laboratorio a las unidades médicas.
- Evaluar el impacto de las acciones de prevención y control de lepra.
- Elaborar avisos o alertas en el ámbito Jurisdiccional de lepra.
- Emitir recomendaciones basadas en el análisis de la información epidemiológica que oriente las acciones de control.
- Difundir la información de lepra y realimentar a las unidades operativas.

Nivel Estatal o Delegacional

- Verificar que se cumplan la detección, notificación y seguimiento de los casos hasta su clasificación final de acuerdo con los procedimientos de vigilancia epidemiológica de lepra establecidos en este Manual.
- Notificación semanal de casos de Lepra a la DGAE.
- Validar la información de los estudios epidemiológicos de caso de lepra y, en caso necesario solicitar las aclaraciones pertinentes al nivel Jurisdiccional.
- Analizar la información epidemiológica de lepra.
- Concentrar de manera semanal los estudios epidemiológicos de caso de lepra y enviarlos a la DGAE.
- Fortalecer la coordinación con el Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP), con el fin de obtener resultados de los casos de lepra en forma oportuna.
- Verificar las defunciones rectificadas o ratificadas, y enviar el certificado de defunción y el formato de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica de INEGI, a la DGAE (anexo 6).
- Fortalecer la coordinación interinstitucional.
- Realizar los indicadores de lepra mensualmente y evaluarlos en el seno del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE).
- Evaluar en el seno del CEVE de acuerdo con las funciones y atribuciones, la información epidemiológica a efecto de orientar las medidas de prevención y control de la lepra.
- Realizar el panorama epidemiológico de lepra mensualmente.
- Capacitar al personal de salud y epidemiología a nivel jurisdiccional y local en los procedimientos de vigilancia epidemiológica de lepra.
- Supervisar tanto al nivel jurisdiccional como al local, a efecto de identificar posibles omisiones a los procedimientos de vigilancia epidemiológica de lepra, para la corrección inmediata de las mismas.
- Gestionar los recursos necesarios para garantizar el funcionamiento de las unidades operativas.

- Evaluar el impacto de las acciones de prevención y control.
- Elaborar avisos o alertas en el ámbito estatal.
- Emitir recomendaciones basadas en el análisis de la información epidemiológica que oriente las acciones de control.
- Difundir la información epidemiológica derivada del análisis de lepra.

Nivel Nacional

- Establecer los procedimientos de la vigilancia epidemiológica de lepra.
- Verificar y validar la calidad de la información epidemiológica de lepra.
- Analizar la información epidemiológica de lepra de manera permanente.
- Fortalecer la coordinación con el InDRE, a fin de obtener resultados en forma oportuna de lepra.
- Verificar las defunciones de lepra rectificadas o ratificadas, con el certificado de defunción y el formato de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica de INEGI.
- Evaluar en el marco del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), la información epidemiológica de lepra, a efecto de orientar las medidas de prevención y control
- Realizar y evaluar los indicadores de lepra con una periodicidad mensual.
- Realizar el panorama epidemiológico de lepra y actualizarlo con una periodicidad mensual.
- Otorgar asesoría técnica de las actividades de vigilancia epidemiológica de lepra.
- Capacitar y asesorar al personal de salud y epidemiología en los procedimientos de vigilancia epidemiológica de lepra.
- Supervisar todos los niveles técnico-administrativos, a efecto de identificar posibles omisiones a los procedimientos de vigilancia epidemiológica de lepra para la corrección inmediata de los mismos.
- Analizar la información epidemiológica de lepra de manera permanente.
- Evaluar el impacto de las acciones de control.
- Elaborar y difundir avisos y alertas epidemiológicas de riesgos a la salud de la población.
- Emitir recomendaciones basadas en el análisis de la información epidemiológica que oriente las acciones de control.
- Difundir la información derivada del análisis a las áreas involucradas (CENAPRECE, InDRE e Instituciones que conforman el CONAVE), incluyendo a los servicios estatales de salud.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y LABORATORIO DE LEPROSIS

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	CONSTRUCCIÓN	EVALUACIÓN ESPERADA
Notificación oportuna	Casos de Lepra notificados los primeros 7 días, posterior a la fecha de diagnóstico.	Número de casos notificados con oportunidad / total de casos notificados x100.	Categoría % Sobresaliente =90 a < 100 Satisfactorio = 80 a <90 Mínimo = 60 a <80 Precario = < 60
Clasificación Oportuna	Casos nuevos de Lepra clasificados dentro de los 30 días de su notificación.	Número de casos con clasificación en los primeros 30 días de su notificación / Total de casos notificados *Clasificación, corresponde al diagnóstico final del caso.	Categoría % Sobresaliente =90 a < 100 Satisfactorio = 80 a <90 Mínimo = 60 a <80 Precario = < 60
Porcentaje de contactos examinados	El indicador se elabora con base en el número de contactos que se examinaron del total de contactos declarados de los casos de lepra	Número de contactos examinados/ número de contactos declarados X 100.	Categoría % Sobresaliente =90 a < 100 Satisfactorio = 80 a <90 Mínimo = 60 a <80 Precario = < 60
Porcentaje de Muestras de diagnóstico adecuadas	El indicador se elabora en base al número de muestras de diagnóstico adecuadas entre el total de las muestras tomadas de lepra.	Número de muestras adecuadas /No. Total de muestras tomadas X 100	Categoría % Sobresaliente =90 a < 100 Satisfactorio = 80 a <90 Mínimo = 60 a <80 Precario = < 60

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO PARA LEPROSIS

Criterios de Aceptación de las Muestras:

- Provenir del sitio correcto.
- Contener cantidad suficiente del material a examinar.
- Transportarla adecuadamente.
- Conservarla de manera adecuada.
- Asignarle el número correspondiente en la libreta de registro.
- Requisar la solicitud de baciloscopia con el número correspondiente.
- Tomar la muestra con la técnica adecuada.

Criterios de Rechazo de las Muestras:

- Muestra derramada
- Muestra sin identificación

Toma de Muestras para Lepra:

Lóbulo de la oreja

- Con el paciente sentado, se le explica el procedimiento y se le pide que se quite aretes u otros objetos ornamentales de la oreja para proceder a la asepsia del lóbulo de la oreja con una torunda impregnada con alcohol al 70 % y dejar secar.
- Se realiza isquemia con las pinzas de rama larga y curvas protegidas con tubo de hule y sin usar el seguro o en su defecto con el dedo índice y el dedo pulgar haciendo un pliegue con presión en el lóbulo de la oreja hasta observar una zona pálida, con mínima irrigación sanguínea.
- Con la hoja de bisturí N° 15 se procede a realizar una incisión de 5 mm de largo por 2 mm de profundidad en el borde posteroinferior del lóbulo de la oreja.
- Después del corte girar la hoja de bisturí 90° hacia la derecha y regresarla por la misma incisión raspando vigorosamente una vez o más hasta obtener la cantidad suficiente de muestra, sin dejar de presionar durante todo el proceso.
- Transferir la muestra que está en la hoja a la laminilla, colocándola en el cuarto cercano al registro y hacer un frotis circular de 5 mm de diámetro.
- Hacer hemostasia con una torunda humedecida con alcohol o con algodón seco. En la incisión.



Lesión cutánea

- Para la toma de muestra en lesión cutánea, se puede utilizar la misma hoja de bisturí pero habrá que limpiarla con una torunda con alcohol y luego pasarla sobre la flama del mechero sin que se ponga al rojo vivo.
- Se selecciona la lesión, teniendo cuidado de tomar la muestra del centro en el caso del nódulo y de la orilla en las manchas y placas
- Una vez fría la hoja de bisturí, se procede a realizar presión en la lesión hasta observar isquemia y hacer la incisión y raspado con la misma técnica indicada para el lóbulo de la oreja, transfiriendo la muestra al tercer cuarto de la laminilla haciendo un frotis circular de 5 mm de diámetro

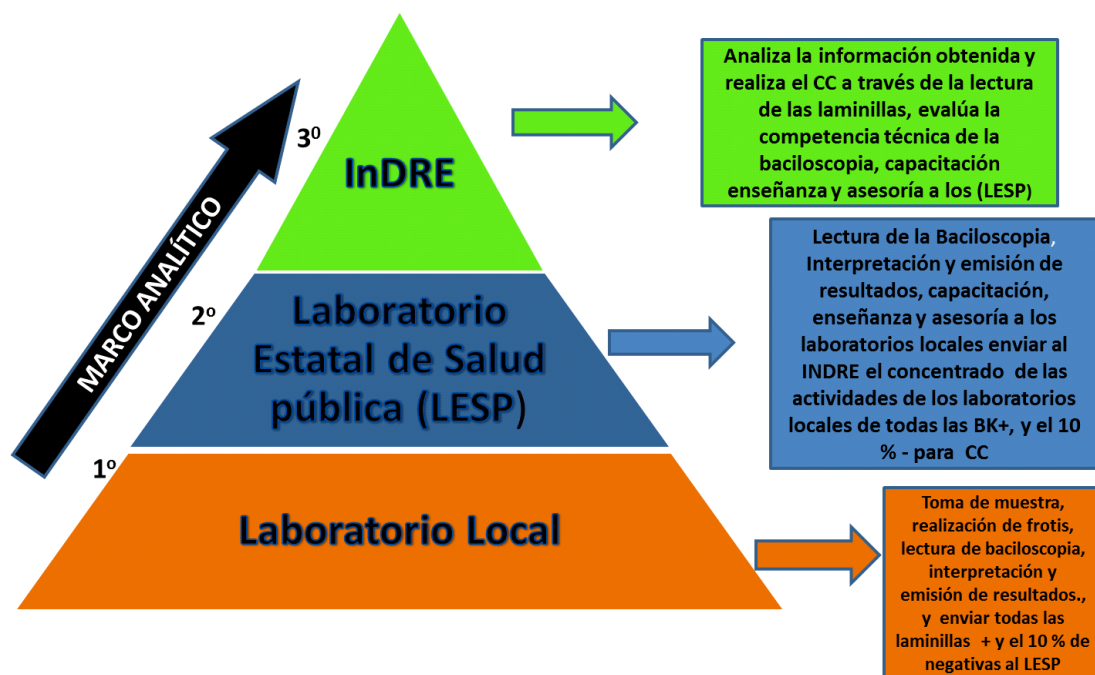
Mucosa nasal

- En los casos que no se pueda tomar la muestra de la lesión cutánea se debe obtener por raspado de la mucosa nasal.
- Para la toma de esta muestra se le indica al paciente que se limpie la nariz para no obtener moco nasal.
- Con un hisopo bien compactado se frota vigorosamente la pared anterior y posterior del tabique nasal y se transfiere la muestra obtenida al cuarto superior de la laminilla, haciendo un frotis circular de 5 mm de diámetro.
- Dejar secar el frotis a temperatura ambiente de 10 a 15 minutos aproximadamente.
- Una vez seco el frotis, se debe fijar pasándolo tres veces sobre la flama. La temperatura máxima que alcance la laminilla debe ser soportable al tacto.

Conservación y envío de la muestra

- Se requisita la solicitud de baciloscopia, conservando una copia.
- Se envuelve la laminilla individualmente con papel y se coloca, sin que tenga movimientos, en una caja para transporte, anexando la solicitud en un sobre. Enviar al laboratorio lo antes posible.
- Si por causas superiores se tendría que dejar más tiempo en el lugar de toma de muestra, se tiene que conservar en un lugar fresco y seco.

Marco Analítico y Control de Calidad de Lepra.



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE MICOBACTERIOSIS

El análisis de la información de Micobacteriosis (tuberculosis y lepra) debe realizarse de manera periódica en todas las instituciones y niveles técnico-administrativos del sector salud, analizando la información generada de manera individual y en los CEVES, COJUVE y CONAVE con el objeto de orientar acciones de prevención y control. El contenido mínimo del análisis por nivel técnico-administrativo es:

Nivel Local

- Casos y defunciones por tuberculosis y lepra.
- Caracterización clínica y epidemiológica de los casos
- Muestras tomadas
- Resultados de laboratorio
- Municipio y localidad de procedencia de los casos
- Calidad de la base de datos local.
- Calidad del llenado de los estudios de caso.

Nivel Jurisdiccional

- Casos y defunciones de tuberculosis y lepra por localidad y municipio de residencia.
- Casos de lepra por localidad y municipio de residencia.
- Caracterización de los casos confirmados en tiempo (semanas epidemiológica); lugar (zonas donde se detecta la actividad) y persona (edad, sexo, características clínicas).
- Tasa de mortalidad jurisdiccional de tuberculosis y lepra.
- Tasa de letalidad jurisdiccional de tuberculosis y lepra.
- Curvas: epidémicas por semana de tuberculosis y lepra.
- Canales endémicos de tuberculosis y lepra.
- Calidad del diagnóstico clínico-epidemiológico.
- Calidad del llenado de los estudios de caso notificados de tuberculosis y lepra.
- Caracterización clínica de los casos.
- Calidad de las muestras enviadas al laboratorio
- Oportunidad de resultados del algoritmo diagnóstico.
- Calidad de las base de datos.
- Defunciones de tuberculosis meningéa en menores 5 años
- Indicadores de evaluación con periodicidad mensual
- Consistencia de información entre los subsistemas de información (notificación semanal vs sistema especial)
- Informes de supervisiones y acciones correctivas ante omisiones a procedimientos.
- Ratificación y rectificación de defunciones.

Nivel Estatal

- Morbilidad y mortalidad de tuberculosis y lepra por municipio y jurisdicción.
- Caracterización de los casos confirmados en tiempo (semana epidemiológica); lugar (zonas donde se detecta la actividad) y persona (edad, sexo, características clínicas) por jurisdicción.
- Curvas: epidémicas por semana epidemiológica.
- Canales endémicos de los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.

- Calidad de la información de la base de datos.
- Dictaminar por el CEVE las defunciones de tuberculosis meníngea en menores de 5 años.
- Tasa de mortalidad por tuberculosis y lepra.
- Tasa de letalidad de tuberculosis y lepra.
- Calidad del diagnóstico clínico-epidemiológico.
- Calidad del llenado de los estudios de caso notificados de tuberculosis y lepra.
- Caracterización clínica de los casos.
- Calidad de las muestras enviadas al laboratorio.
- Oportunidad de resultados de laboratorio.
- Indicadores de evaluación con periodicidad mensual.
- Consistencia de información entre los subsistemas de información (notificación semanal vs sistema especial)
- Informes de supervisiones y acciones correctivas ante omisiones a procedimientos.
- Ratificación y rectificación de defunciones.

Nivel Federal

- Morbilidad y mortalidad de tuberculosis y lepra por estado.
- Caracterización de los casos confirmados en tiempo (semanas epidemiológica); lugar (zonas donde se detecta la actividad) y persona (edad, sexo, características clínicas) por estado.
- Canales endémicos de los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.
- Tasa de mortalidad de tuberculosis y lepra por estado.
- Tasa de letalidad de tuberculosis y lepra por estado.
- Indicadores de evaluación con periodicidad mensual.
- Informes de supervisiones y acciones correctivas ante omisiones a procedimientos.
- Calidad de la información de la base de datos
- Validar la dictaminar de defunciones de tuberculosis meníngea en menores de 5 años en el CONAVE.
- Calidad del diagnóstico clínico-epidemiológico.
- Calidad del llenado de los estudios de caso notificados de tuberculosis y lepra.
- Caracterización clínica de los casos.
- Calidad de las muestras enviadas al laboratorio.
- Oportunidad de resultados del algoritmo diagnóstico.
- Indicadores de evaluación con periodicidad mensual
- Consistencia de información entre los subsistemas de información (notificación semanal vs especiales)
- Informes de supervisiones y acciones correctivas ante omisiones a procedimientos.
- Ratificación y rectificación de defunciones.

COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL

La colaboración interinstitucional se debe realizar a través de los comités de vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles técnico-administrativos, cuyas funciones son:

Grupo Técnico del CONAVE:

- Elaborar, avalar y difundir procedimientos homogéneos para la vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra.
- Verificar el cumplimiento de los procedimientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra.
- Establecer mecanismos para asegurar la obtención de información epidemiológica veraz y oportuna.
- Analizar la información epidemiológica de manera integral y multidisciplinaria que oriente la toma de decisiones.
- Coordinar las actividades de supervisión y evaluación en los diferentes niveles técnicos administrativos.
- Coordinar las acciones y actividades entre las instituciones del Sector Salud.
- Proporcionar la asesoría requerida para la adecuada aplicación de los lineamientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra.
- Establecer y vigilar el cumplimiento de los indicadores de evaluación de los sistemas de vigilancia de tuberculosis y lepra.
- Establecer los mecanismos de evaluación del impacto de las acciones de prevención y control.
- Emitir recomendaciones a los presidentes de los comités estatales ante la omisión o falta de cumplimiento de procedimientos establecidos en el presente manual.
- Garantizar la actualización de la situación epidemiológica de los padecimientos y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica.
- Gestionar y participar en la capacitación y adiestramiento del personal en cuanto a: procedimientos de vigilancia, manejo de los sistemas de información, toma y envío de muestras.
- Elaborar y difundir avisos y alertas epidemiológicas en el ámbito nacional de situaciones de riesgo a la salud de la población.

Grupo Técnico del CEVE:

- Difundir los lineamientos de vigilancia epidemiológica de los padecimientos de tuberculosis y lepra.
- Verificar el cumplimiento de los procedimientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra.
- Implementar los mecanismos para asegurar la obtención de información epidemiológica veraz y oportuna.
- Analizar la información epidemiológica de manera integral y multidisciplinaria que oriente la toma de decisiones
- Coordinar las actividades de supervisión y evaluación del nivel jurisdiccional y local.
- Proporcionar la asesoría requerida para la adecuada aplicación de los lineamientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra.
- Evaluar el impacto de las acciones de prevención y control de problemas epidemiológicos.
- Emitir recomendaciones a los comités jurisdiccionales ante la omisión o falta de cumplimiento de procedimientos establecidos para la vigilancia epidemiológica.

- Garantizar la actualización de la situación epidemiológica de tuberculosis y lepra.
- Vigilar la adecuada aplicación los indicadores de evaluación de tuberculosis y lepra.
- Gestionar y participar en la capacitación y adiestramiento del personal en cuanto a: procedimientos de vigilancia, manejo de los sistemas de información, toma y envío de muestras.
- Elaborar y difundir avisos y alertas epidemiológicas en el ámbito estatal de situaciones de riesgo a la salud de la población.
- Garantizar la difusión a todas las unidades de vigilancia de avisos y alertas epidemiológicas de situaciones de riesgo a la salud de la población emitidas por el nivel federal.

Grupo Técnico del COJUVE:

- Difundir los lineamientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra.
- Verificar el cumplimiento de los procedimientos de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra.
- Implementar los mecanismos para asegurar la obtención de información epidemiológica veraz y oportuna.
- Analizar la información epidemiológica de manera integral y multidisciplinaria que oriente la toma de decisiones.
- Coordinar las actividades de supervisión y evaluación a nivel local.
- Proporcionar la asesoría requerida para la adecuada aplicación de los lineamientos de vigilancia epidemiológica.
- Evaluar el impacto de las acciones de prevención y control de problemas epidemiológicos.
- Emitir recomendaciones a los responsables de las unidades de vigilancia epidemiológica ante la omisión o falta de cumplimiento de procedimientos establecidos en el presente manual.
- Realizar revisiones permanentes de la situación de los eventos epidemiológicos sujetos a vigilancia mediante reuniones mensuales o extraordinarias.
- Garantizar la actualización de la situación epidemiológica de tuberculosis y lepra.
- Vigilar el cumplimiento de los valores establecidos de los indicadores de evaluación de los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica.
- Gestionar y participar en la capacitación y adiestramiento del personal en cuanto a: procedimientos de vigilancia, manejo de los sistemas de información, toma y envío de muestras.
- Elaborar y difundir avisos y alertas epidemiológicas en el ámbito jurisdiccional de situaciones de riesgo a la salud de la población.
- Garantizar la difusión a todas las unidades de vigilancia de avisos y alertas epidemiológicas de situaciones de riesgo a la salud de la población, emitidas por los niveles estatal y federal.

DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN DE MICOBACTERIOSIS

Toda la información generada del análisis de la situación epidemiológica de tuberculosis y lepra debe ser difundida, de acuerdo al ámbito de competencia, en todos los niveles técnico-administrativos a través de:

- Boletín semanal
- Panorama epidemiológico mensual
- Anuarios de morbilidad
- Monografías

CAPACITACIÓN

Se deberá capacitar a toda persona que se integre a las funciones de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra con la participación de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, incluyendo los niveles: local, jurisdiccional y delegacional, así como al personal médico y paramédico de nuevo ingreso, con el propósito de lograr el objetivo de la vigilancia epidemiológica y difundir mayor información sobre las micobacteriosis, los responsables de las unidades de epidemiología en todos los niveles operativos deberán contar con un programa de capacitación anual, carta descriptiva y evaluación al participante que debe contar con el aval del área de Enseñanza y Capacitación del nivel correspondiente que contemple los siguientes aspectos:

- Panorama epidemiológico de la tuberculosis y lepra (nacional, estatal y jurisdiccional).
- Prevención y localización de casos de tuberculosis y lepra.
- Estudios de laboratorio (diagnóstico) de tuberculosis y lepra.
- Aspectos clínicos y manejo de casos de tuberculosis y lepra.
- Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica de tuberculosis y lepra.
- Medidas de prevención y control para tuberculosis y lepra.

SUPERVISIÓN

El propósito de la supervisión de los procesos de la vigilancia epidemiológica de micobacteriosis es verificar que las actividades se realicen acorde a los lineamientos vigentes, así como proporcionar la asesoría correspondiente. El análisis de situación de los diferentes componentes de la vigilancia de las micobacteriosis por los responsables de las unidades de vigilancia epidemiológica en todos los niveles operativos debe ser considerado para definir las necesidades de supervisión.

Cada nivel técnico-administrativo debe contar con el programa de supervisión anual que contemple los siguientes puntos:

- Elementos de la vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra a supervisar.
- Criterios de supervisión de tuberculosis y lepra.
- Indicadores específicos de los componentes a supervisar.
- Métodos o técnicas de supervisión que se utilizarán.
- Herramientas (guías de supervisión).
- Cronograma.
- Métodos a utilizar para el seguimiento de las recomendaciones emitidas.

Las supervisiones efectuadas deben constar en el Informe de actividades correspondiente a la fecha de su realización, el cual debe incluir:

- Las actividades realizadas
- Los resultados encontrados
- Los acuerdos establecidos
- Los responsables puntuales para su seguimiento
- El plazo de cumplimiento.

El informe debe ser elaborado en dos copias para asegurar el cumplimiento de los acuerdos: una para la unidad de vigilancia epidemiológica supervisora y otra para la unidad supervisada y el responsable de la unidad de vigilancia epidemiológica en cada uno de los niveles será el encargado de verificar el cumplimiento del Programa de Supervisión.

Los resultados deberán ser sujetos a revisión por las áreas involucradas en la operación: Vigilancia Epidemiológica, Programa de Micobacteriosis, Promoción de la Salud, Laboratorio, Atención Médica y Enseñanza/Capacitación, esto con la finalidad de que el seguimiento se enfoque al área del proceso que habrá de fortalecerse.

Su periodicidad deberá ser definida acorde a los resultados del análisis de la información en cada nivel (ver: Análisis de Información por Nivel) pero mínimamente se realizará una vez por año a cada componente en las unidades ubicadas en áreas de baja endemia y con la frecuencia que se requiera en aquellas unidades cuyos indicadores de evaluación y/o canales endémicos evidencien silencios epidemiológicos y/o situación de alerta o epidemia, lo cual debe ser determinado por los comités de vigilancia epidemiológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica
2. PROYECTO de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud, para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-006-SSA2-2010, Para la prevención y control de la tuberculosis.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, para la prevención y el control de la Lepra.
4. Manual para la vigilancia epidemiológica de tuberculosis, segunda edición febrero 1994.
5. Manual para la vigilancia epidemiológica de lepra, agosto de 1993.
6. Programa de Acción Específico, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2007-2012, 1ra edición 2008.
7. Programa de Acción Específico, de Lepra 2007-2012 1ra edición 2008.
8. Programa de Acción Específico, Tuberculosis 2007-2012, 1ra edición 2008.
9. Manual de técnicas de laboratorio para el examen bacilosκόpico, InDRE. SSA/OPS 1ª. Edición 2003
10. Manual de procedimientos de laboratorio. InDRE-SAGAR. Tuberculosis No. 18. 1996
11. Weyer Karim. Manual de los Servicios de Laboratorio en el Control de la Tuberculosis. 3ª. Parte. Cultivo.OMS.1998.
12. Manual para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. Parte 1. Baciloscopia OPS. 2008.
13. Guía práctica para la atención de tuberculosis, en niñas, niños y adolescentes, edición 2011. ISBN_970-721-334-5.
14. <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/academedicina23357-museohistorico.htm>
15. http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/index.html
16. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/aids.shtml>
17. http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/index.html

ANEXOS

Anexo 1. Formato SUIVE-1. Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades. (Pág. 1)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

Indicaciones: Llene a máquina preferentemente sólo si escribe en el reverso coloque papel carbonó y siga el orden de original y copia; remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve la copia








Unidad: _____ de _____ de _____ de 20 _____ SUIVE-1

Localidad: _____

Indicaciones: IMSS ISSSTE SEDENA SEMAR DIF PEMEX SEDEMA SEMAR

Secretaría de Salud: _____ Estado: _____ Municipio: _____

Clave: _____ ISSSTE: _____ DIF: _____ IMSS: _____ SEMAR: _____ SEDENA: _____

Semana No. _____ de _____ de _____ de _____ de 20 _____

Entidad o Delegación: _____

Jurisdicción: _____

MSS-Ocup. unidades: _____ DIF: _____ PEMEX: _____ SEDEMA: _____ SEMAR: _____

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo												Total												
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >		Total		
			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	MEINGITS TUBERCULOSA (*) J47.2	44																									
	TEFANOS (*) J48.0-5	35																									
	TEFANOS NEONATAL (*) J48.9	36																									
	LEPTERIA (*) J49.0	32																									
	TOXUSIA (*) J49.1	33																									
	SHAMONIA (*) J49.2	37																									
	RUJECIA (*) J49.3	32																									
	SCOTTITE INFECCIOSA B6	42																									
	SCOTTITE AGUDA TIPO 3 (*) B6.3	35																									
	RUJECIA CRONICA (*) J49.4	108																									
COLERA (*) J50	01																										
PIRETT FORFA (*) J51	06																										
PARATIFO Y OTRAS SALMONELOSIS (*) J52	11																										
SHIGELLOSIS (*) J53	05																										
INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA (*) J54	08																										
INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA (*) J54.0	09																										
AMIBIASIS INTESINAL (*) J55.0-3	02																										
SHIGELIASIS (*) J55.4	07																										
OTRAS INT. INT. DEBILIS A PROTOZOARIOS (*) J57.2, J57.3	12																										
TRINOSIS (*) J58	12																										
ASCARIASIS (*) J59	04																										
ENT. ZOOPARASIS (*) J60	13																										
CHIRLADIA (*) J61	137																										
OTRAS HELMINTASIS BRESBET. (*) J62.0-4	14																										
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (*) J64.0-9	19																										
OTROS NEUMONIAS (*) J65.0-5	18																										
PAROTITIS (*) J66.0	15																										
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (*) J67.0-3	16																										
NEUMONIAS Y BRONQUITIS AGUDAS (*) J68.0-2	17																										
INFLUENZA (*) J69.0-2	17																										
INFLUENZA (*) J69.3	90																										

(*) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

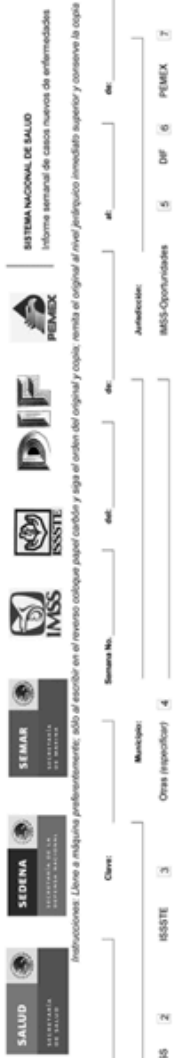
Anexo 1. Formato SUIVE-1. Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades. (Pág. 2)

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo														Total											
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >		Total			
			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 TRANSMISIBLES	VIHUS CONDIENSA (*) H4N	94																										
	VIHUS H1N1 (*) H3N2	25																										
	INFECCIÓN BACTERIANA ORIENTADA (*) A SIDA B2	23																										
	UNA COMBINAÇÃO VIREAL POR CAMPIDORIAS	21																										
	DIPTERIO INICIAL	21																										
	INFECCIÓN BACTERIANA ORIENTADA (*) A SIDA B2	20																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										
	VIHUS DEL INFLUENZA (*) H3N2	19																										

SE = SIN CÓDIGO *NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASO

(*) = HAZER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

Anexo 1. Formato SUIVE-1. Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades. (Pág. 3)



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

Reproducción: Libre a cualquier profesionalismo, solo al escribir en el reverso cuboque papel carbón y siga el orden del original y copie, nunca el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve la copia

SUIVE-1

de 28 de SEMAR 9

SEDENA 8

PEMEX 7

DF 6

5

IMSS-Oportunidades

Unidad: _____

Localidad: _____

Institución: _____

Secretaría de Salud: 1

IMSS: 2

ISSSTE: 3

Municipio: _____

Otra (Especificar): 4

Ciudad: _____

Estado: _____

País: _____

Entidad o Delegación: _____

SEDENA: 8

PEMEX: 7

DF: 6

5

IMSS-Oportunidades

Semana No. _____

de 28 de SEMAR 9

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo												Total													
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >		Total			
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	BAJO INCIPIENTE DE	48																										
	DIABETES MELLITUS INDEPENDIENTE (N9 11 E19)	127																										
	DIABETES MELLITUS NO INDEPENDIENTE (N9 21 E14)	49																										
	DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO (E14)	128																										
	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL (F11)	112																										
	FIEBRE REUMÁTICA (I00-I02)	48																										
	HEPATOMEGALIA (I81-I15)	47																										
	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN (I00-I09)	91																										
	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60-I69)	82																										
	ASMA Y ESTUDO ASMÁTICO (J41, J46)	84																										
	ONGRATIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL (K05)	128																										
	ALCERAS GASTRITIS Y ÚLCERAS (K20-K29)	108																										
	ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO (K70)	111																										
INTOXICACIÓN POR FALGACIAS (T80)	87																											
INTEC FOR PONDAL DE ANIALES (T81, T81, X21, X27, X28) 110.2	88																											
INTEC FOR PONDAL DE ALCOHOL (T82, X22)	94																											
DEFENCIÓN LEVE (E41)	114																											
DEFENCIÓN MODERADA (E41)	115																											
DEFENCIÓN SEVERA (E41)	116																											
TUMOR BÉNIGNO DE BARRIGA	119																											
TUMOR BÉNIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO (C53)	97																											
DISPLASIA CERVICAL LEVE Y MODERADA (N87.1)	117																											
DISPLASIA CERVICAL SEVERA Y CÁNCER (N87.2, N87.3, N87.4)	118																											
ENCEFALOPATÍA	129																											
ESPIRA (I93A-008)	130																											
LABIO PALADAR HENDIDO (Q14-Q17)	131																											

(*) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

Anexo 2. Formato de Estudio Epidemiológico de Tuberculosis. (Anverso).

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE TUBERCULOSIS			
I DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE	Afiliación <input type="text"/> Folio <input type="text"/>		CURP: <input type="text"/>
	NOMBRE: <input type="text"/> Apellido Paterno <input type="text"/> Apellido materno <input type="text"/> Nombre (s) <input type="text"/>		
	FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		ESTADO: <input type="text"/> JURISDICCION: <input type="text"/>
	MUNICIPIO: <input type="text"/>		EDAD: <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Días <input type="text"/>
	SEXO: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
	OCUPACION: <input type="text"/>		
	ESCOLARIDAD: <input type="text"/> (Actual o última año aprobado)		
	RESIDENCIA ACTUAL		
	Calle y Número <input type="text"/> Entre la calle <input type="text"/> y la calle <input type="text"/> Colonia <input type="text"/> Código Postal <input type="text"/>		
	Estado <input type="text"/> Jurisdicción Sanitaria <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> Localidad <input type="text"/>		
TIPO DE MUNICIPIO: Municipio prioritario TB <input type="checkbox"/> Municipio población indígena <input type="checkbox"/> Municipio muy alta migración <input type="checkbox"/> Municipio de alta marginación <input type="checkbox"/> Municipio migración <input type="checkbox"/> Municipio arranque parejo en la vida <input type="checkbox"/>			
TIEMPO DE RADICAR EN DOMICILIO ACTUAL: <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> De 1 a 5 años <input type="checkbox"/> Más de 5 años			
II DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE	Clave de la Unidad <input type="text"/> CLUES <input type="text"/> Estado <input type="text"/> Jurisdicción Sanitaria <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> Localidad <input type="text"/>		
	Institución <input type="text"/> Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) <input type="text"/>		
	Número del Médico Notificante <input type="text"/> Unidad de Adscripción <input type="text"/>		
III DATOS CLINICOS	Fecha de inicio de signos y síntomas: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		
	Signos y síntomas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Método de diagnóstico: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	1 = Baciloscopia, 2 = Cultivo, 3 = Histopatología, 4 = Clínico, 5 = Radiológico. 6 = Epidemiológico, 7 = Clínico Epidemiológico, 8 = Otros, 9 = Ignorado		
IV LABORATORIO Y GABINETE	ESTUDIO	RESULTADOS	Fecha de solicitud Día / Mes / Año
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Fecha de resultado Día / Mes / Año
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 = Baciloscopia, 2 = Cultivo, 3 = Histopatología, 4 = Rx de tórax, 5 = TAC de cráneo, 6 = PCR, 7 = Citológico de LCR, 8 = Otros, 9 = Ignorado.			
Especímenes: <input type="text"/>			
Resultado de baciloscopia: 1 = BK + (una cruz), 2 = BK ++ (dos cruces), 3 = BK +++ (tres cruces), 4 = BK - (Negativo), 5 = Positivo, 6 = No se realizó, 7 = Muestra inadecuada, 8 = De 1 a 9 bacilos, 9 = Ignorado.			
Resultado de cultivo y PCR: 1 = Positivo, 2 = Negativo, 9 = Ignorado.			
Resultado para Rx de Tórax, TAC de cráneo, Histopatología y Citoquímico de LCR: 1 = Con datos sugestivos de TB, 2 = Sin datos sugestivos de TB, 9 = Ignorado.			
Resultado de otros: 1 = Positivo, 2 = Sugestivo, 3 = Negativo.			

Anexo 2. Formato de Estudio Epidemiológico de Tuberculosis. (Reverso)

TIPO DE PACIENTE, LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD, ANTECEDENTES DE	Tipo de paciente: <input type="checkbox"/> 1 = Caso nuevo, 2 = Reingreso, 3 = Recidiva, 4 = Fracaso, 5 = Otros, 9 = Ignorado.	Documento de referencia de caso: <input type="checkbox"/> Tarjeta binacional, <input type="checkbox"/> Hoja de referencia, <input type="checkbox"/> Otro documento.	Indicar el país de origen: <input type="checkbox"/> 1 = E.U.A., 2 = Guatemala, 3 = Belice, 4 = Otro.	Padeció tuberculosis anteriormente: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. En caso afirmativo indique el año de diagnóstico: Año <input type="text"/>	Localización de la enfermedad: <input type="checkbox"/> 1 = Pulmonar, 2 = Meninges, 3 = Inespecífica, peritonea, 4 = Ósea, 5 = Renal, 6 = Genitourinario, 7 = Piel, 8 = Ojo, 9 = Oído, 10 = Glándula Tiroidea, 11 = Glándula Suprarrenal, 12 = Ganglionar, 13 = Miliar, 14 = Pleural, 15 = Otros, 16 = SNC, 98 = Mielo.	Localización de la enfermedad mixta: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 1 = Pulmonar, 2 = Meninges y SNC, 3 = Inespecífica, peritonea, 4 = Ósea, 5 = Renal, 6 = Genitourinario, 7 = Piel, 8 = Ojo, 9 = Oído, 10 = Glándula Tiroidea, 11 = Glándula Suprarrenal, 12 = Ganglionar, 13 = Miliar, 14 = Pleural, 15 = Otros.																																																							
	Lugar de detección: <input type="checkbox"/> 1 = Consulta Externa, 2 = Prueba, 3 = Examen de contactos, 4 = Hospitalización, 5 = Reclusorio, 6 = Búsqueda activa, 9 = Ignorado.	Búsqueda activa: <input type="checkbox"/> 1 = Casa-casa, 2 = Laboratorio móvil, 3 = Reclusorio, 4 = Asilo, 5 = Escuela, 9 = Otro. Si seleccionó otro en búsqueda activa, Especifique: _____	Si fue Reclusorio: <input type="checkbox"/> Fecha de ingreso al Reclusorio: Día / Mes / Año <input type="text"/> Nombre del Reclusorio: _____	Fecha de notificación: Día / Mes / Año <input type="text"/> Fecha de inicio de estudio: Día / Mes / Año <input type="text"/> Fecha de término de estudio: Día / Mes / Año <input type="text"/> Fecha de diagnóstico: Día / Mes / Año <input type="text"/>																																																									
Enfermedades asociadas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = VIH/SIDA, 2 = Alcoholismo, 3 = Diabetes, 4 = Desnutrición, 5 = Cirrosis hepática, 6 = Neoplasias, 7 = Insuficiencia Cardíaca, 8 = EPOC, 9 = Edema Agudo Pulmonar, 11 = Mielo, 96 = Otros, Especifique: _____ 97 = Ninguna, 99 = Ignorado (Puede seleccionar más de una opción)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ENFERMEDAD</th> <th rowspan="2">AÑO DE DIAG.</th> <th rowspan="2">EN TRAT. *</th> <th rowspan="2">¿SE OFERTÓ LA PRUEBA? *</th> <th colspan="3">FECHA DE RESULTADO</th> <th rowspan="2">RESULTADO **</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>VIH/SIDA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DIABETES</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DESNUTRICIÓN</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALCOHOLISMO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DROGAS I.V.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	ENFERMEDAD	AÑO DE DIAG.	EN TRAT. *	¿SE OFERTÓ LA PRUEBA? *	FECHA DE RESULTADO			RESULTADO **	DIA	MES	AÑO	VIH/SIDA								DIABETES								DESNUTRICIÓN								ALCOHOLISMO								DROGAS I.V.								OTRA								* 1 = Sí, 2 = No ** 1 = Positivo, 2 = Negativo
ENFERMEDAD	AÑO DE DIAG.					EN TRAT. *	¿SE OFERTÓ LA PRUEBA? *	FECHA DE RESULTADO			RESULTADO **																																																		
		DIA	MES	AÑO																																																									
VIH/SIDA																																																													
DIABETES																																																													
DESNUTRICIÓN																																																													
ALCOHOLISMO																																																													
DROGAS I.V.																																																													
OTRA																																																													

Tuvo contacto con alguna persona que padezca o padeciera tuberculosis: 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado
 En caso afirmativo, indicar el lugar: _____

ESTADO	MUNICIPIO	LOCALIDAD
_____	_____	_____

Tiene cicatriz de BCG?: 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Fecha de vacunación con BCG: Día / Mes / Año
 Le aplicaron PPD?: 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Resultado: 1 = Reactor, 2 = No reactor

Inició tratamiento: 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Fecha de inicio de tratamiento: Día / Mes / Año
 Esquema de tratamiento: 1 = Primario acortado, 2 = Retratamiento primario, 3 = Retratamiento estandarizado, 4 = Retratamiento individualizado, 5 = Otro. Especifique: _____, 9 = Ignorado

ESTUDIO DE CONTACTOS	Número de contactos declarados: <input type="text"/>																																																																																																																																	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOMBRE</th> <th colspan="2">SEXO*</th> <th colspan="2">EDAD**</th> <th colspan="4">EXAMINADO***</th> <th colspan="2">CASO</th> <th colspan="2">QUIMIOPROFILAXIS*</th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>F</th> <th></th> <th></th> <th>SI</th> <th>SI</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	NOMBRE	SEXO*		EDAD**		EXAMINADO***				CASO		QUIMIOPROFILAXIS*		M	F			SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																								
	NOMBRE		SEXO*		EDAD**		EXAMINADO***				CASO		QUIMIOPROFILAXIS*																																																																																																																					
M		F			SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																						
<p>* 1 = Masculino, 2 = Femenino</p> <p>**En caso de que el paciente sea menor de un año registrar en edad: 00 y para los pacientes menores de 10 años registrar un cero antes de la edad, ejemplos: el paciente tiene nueve años registrar 09.</p> <p>*** 1 = PPD, 2 = BAAR, 3 = Cultivo, 4 = Radiografía, 5 = Clínico, 6 = Cicatriz de BCG.</p> <p>& De acuerdo a la Modificación de la NOM-006-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.</p>																																																																																																																																		

SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA	Nota: Este apartado no es obligatorio para todos los casos; sólo se llenará cuando se sospeche farmacoresistencia al momento del diagnóstico.
	Se realizó estudio de susceptibilidad antimicrobiana: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Si la respuesta es sí, indicar el resultado en cada uno de los fármacos:
	Isoniazida: <input type="checkbox"/> Rifampicina: <input type="checkbox"/> Pirazinamida: <input type="checkbox"/> Estreptomina: <input type="checkbox"/> Etambutol: <input type="checkbox"/> Opciones de resultado para cada uno de los fármacos 1 = Sensible, 2 = Resistente, 3 = No realizado, 9 = Se ignora Otros fármacos: <input type="checkbox"/> 1 = Proniazida, 2 = Kanamicina, 3 = Amikacina, 4 = Capreomicina, 5 = Ofloxacina, 6 = Ciprofloxacina, 7 = Etionamida. Fue analizado por el Comité Estatal de Farmacoresistencia: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado.

FIRMA DEL MEDICO NOTIFICANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL EPIDEMIOLOGO JURISDICCIONAL

Anexo 4. Formato de Estudio Epidemiológico de Lepra. (Anverso).

Estudio Epidemiológico de Lepra

LP - 12 - I

Fecha de inicio de estudio: Fecha de término de estudio:
Día Mes Año Día Mes Año

⚠ IMPORTANTE: ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE, SIN ACENTOS Y SIN ABREVIATURAS.

I DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Derechohabiente: 1-SSA, 2-MSS, 3-SSSTE, 4-OTRAS, 5-MSS OPORTUNIDADES, 6-DIF, 7-PEMEX, 8-SEDENA, 9-SEDEMAR

Afiliación: Folio: RFC:

Nombre: CURP:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):

Fecha de nacimiento: Estado: Municipio:
Día Mes Año (de nacimiento) (de nacimiento)

Localidad: Jurisdicción sanitaria: Edad: Sexo:
(de nacimiento) (de nacimiento) Años Meses Días Masc. Fm.

Ocupación: Escolaridad:

Residencia actual:

Calle y número: entre la calle: y la calle: Colonia: Código Postal:

Estado: Jurisdicción Sanitaria: Municipio: Localidad:

Tiempo de radicar en domicilio actual: < 5 años * * En caso de seleccionar la opción < 5 años anotar la entidad donde radicaba anteriormente.
 5 años ó más Estado: Municipio: Localidad:

II DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

Clave de Unidad (SUAVE): CLUES: Estado: Municipio: Localidad: Jurisdicción Sanitaria:

Instalación: Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): Nivel de atención: 1 = Primer nivel
 2 = Segundo nivel
 3 = Tercer nivel

Nombre del Médico Notificante: Unidad de Adscripción: Delegación ó Zona:

III DATOS DE LA UNIDAD TRATANTE

Clave de Unidad (SUAVE): CLUES: Estado: Municipio: Localidad: Jurisdicción Sanitaria:

Instalación: Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros): Nivel de atención: 1 = Primer nivel
 2 = Segundo nivel
 3 = Tercer nivel

Nombre del Médico Notificante: Unidad de Adscripción: Delegación ó Zona:

IV DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de síntomas:
Día Mes Año

Zonas de anestesia: 1 = Cara 2 = Extremidades superiores (Incluyendo palmas de las manos) 3 = Extremidades inferiores (Incluyendo plantas de los pies)

Lesiones Oculares: SI NO

Lagofalmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Módulos en cornea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queratitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infiltración Difusa: SI NO

Ulcera y perforación del tabique nasal: SI NO

Rinitis crónica: SI NO

Tipo y número de lesiones: Lesiones

Manchas hipopigmentadas: 0 = No hay lesión Localización: Cara Tronco

Manchas rojas o cobrizas: 1 = Una lesión Extremidades superiores Abdomen

Placas infiltradas: 2 = De dos a cinco lesiones Extremidades inferiores Glúteos

Nódulos: 3 = Más de cinco lesiones

Neuritis: Alopecia de cejas: 0 = No hay

¿Ha presentado estado Reaccional? 1 = sí, 2 = No 1 = Parcial 2 = Total

V ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

*Estudio	**Resultado(s)	Globias		Índice morfológico	Fecha de solicitud			Fecha de resultado		
		SI	NO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
1= Baciloscopia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2= Histopatología	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Estudios opcionales: 3 = Lepromina 4 = Otros

** Índice Bacteriológico: 1 = negativo 2 = 1+ 3 = 2+ 4 = 3+ 5 = 4+ 6 = 5+ 7 = 6+

** Resultado para Histopatología: 1 = Lepromatosa 2 = Diforme 3 = Tuberculoides 4 = Indeterminado 5 = No Especifica


** Lepromina: 1 = Muestra Positivo 2 = Muestra Negativo

** Otros: 1 = Positivo M. leprae 2 = Negativo M. leprae

Anexo 4. Formato de Estudio Epidemiológico de Lepra. (Reverso)

VI TIPO DE PACIENTE, DIAGNOSTICO/CLASIFICACION																		
Tipo de paciente: <input type="checkbox"/>	Diagnóstico / Clasificación: <input type="checkbox"/>	En caso de referencia documento utilizado: <input type="checkbox"/>	Indicar el lugar de procedencia: <input type="checkbox"/> <small>Escribir Estado</small>															
1 = Caso nuevo 2 = Reingreso/Recaida 3 = Reingreso/Reconquista	1 = Lepromatosa (Multibacilar) 2 = Dimorfa (Multibacilar) 3 = Tuberculoides (Paucibacilar) 4 = Indeterminado (Paucibacilar)	1 = Hoja de referencia 2 = Otro documento 3 = Ninguno	1 = Otro estado 2 = E. U. A. 3 = Guatemala 4 = Belice 5 = Otros países															
VII GRADO DE DISCAPACIDAD		VIII FECHA DE DIAGNOSTICO, NOTIFICACION Y TRATAMIENTO																
Grado de discapacidad: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">0 1 2</td> <td style="text-align: center;">0 1 2</td> <td style="text-align: center;">0 1 2</td> </tr> <tr> <td>Ojo izquierdo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Mano izquierda: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Pie izquierdo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ojo derecho: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Mano derecha: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Pie derecho: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Genital: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Acorchamiento de dedos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mal Perforante Plantar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	Ojo izquierdo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mano izquierda: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pie izquierdo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ojo derecho: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mano derecha: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pie derecho: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Genital: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Acorchamiento de dedos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Mal Perforante Plantar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de Diagnóstico: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	
0 1 2	0 1 2	0 1 2																
Ojo izquierdo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mano izquierda: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pie izquierdo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Ojo derecho: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mano derecha: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pie derecho: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
Genital: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Acorchamiento de dedos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
	Mal Perforante Plantar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
		Fecha de Notificación: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>																
		Semana Epidemiológica de Notificación: <input type="text"/>																
		Fecha de Inicio Tratamiento (PQT): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>																
IX FORMA DE DETECCION DEL CASO																		
Forma de detección del caso: <input type="checkbox"/>		**Búsqueda intensiva: <input type="checkbox"/>																
1 = Consulta 2 = Exámen de contactos 3 = Búsqueda intensiva**		1 = Encuestas 2 = Jornadas dermatológicas 3 = Exámen a grupos																
Lugar probable donde adquirió la enfermedad:																		
Estado	Municipio	Localidad																
X CONTACTOS EPIDEMIOLOGICOS																		
Número de contactos identificados: <input type="text"/>																		
	Sexo y edad ²	Parentesco ó relación.	Tiempo de convivencia.															
	M F	as	Meses Años															
	SI NO	SI NO	SI NO															
	SI NO	SI NO	SI NO															
	SI NO	SI NO	SI NO															
	SI NO	SI NO	SI NO															
	SI NO	SI NO	SI NO															
	SI NO	SI NO	SI NO															
	SI NO	SI NO	SI NO															
² En caso de que el contacto sea menor de un año registrar en edad: 00 y para los pacientes menores de 10 años registrar un cero antes de la edad, ejemplo: el paciente tiene nueve años registrar 09.																		
³ 1 = Padre, 2 = Madre, 3 = Hermano(a), 4 = Abuelo(a), 5 = Tio(a), 6 = Primo(a), 7 = Cónyuge, 8 = Hijo(a), 9 = Otro pariente consanguíneo, 10 = Otro pariente político, 11 = Vecino(a), 12 = Amigo(a), 13 = Laboral																		
NOTA: En el caso de que el contacto no resida actualmente en el domicilio del enfermo indicar municipio y estado de su actual domicilio.																		
Calle y número	Localidad	Municipio	Estado															
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
Observaciones																		
Nombre y firma del Médico que elaboró la Cédula		Supervisó la elaboración Nombre y firma del Coordinador Jurisdiccional y/o Estatal del Programa																
Vo. Bo. Nombre y firma del Epidemiólogo Jurisdiccional y/o Estatal																		

Anexo 5. Formato del Certificado de Defunción.



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

Bachulo 2012
FOLIO
00000000

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) _____

2. CURP _____

3. SEXO: Hombre 1, Mujer 2

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1, Otra 2

5. ESTADO CIVIL: Casado 1, Viudo 2, Soltero(a) 3, Separado(a) 4, Divorciado(a) 5, Viuda 6, Separado(a) 7, Casado(a) 8, Se ignora 9

6. EDAD COMPLETA: Para menores de un año _____, Para menores de un año _____, Para menores de un año _____, Para menores de un año o más _____ años cumplidos

7. TALLA _____

8. FECHA DE NACIMIENTO _____

9. RESIDENCIA FAMILIAR: Calle y número _____, Colonia _____, Localidad _____

10. EDUCACIÓN: Primaria 1, Secundaria 2, Bachillerato o preparatoria completa 3, Profesional 4, Posgrado 5

11. OCUPOSACIÓN HABITUAL: _____

12. AFINIDAD A SERVICIOS DE SALUD: Seguro Popular 1, IMSS 2, PAMSA 3, SEDENA 4, SEMAR 5, IMSS Dependientes 6, Otra 7, Se ignora 8

13. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 2, PAMSA 3, SEDENA 4, SEMAR 5, Unidad Médica 6, Otro 7, Se ignora 8

14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Calle y número _____, Colonia _____, Localidad _____

15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: _____

16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si 1, No 2

17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si 1, No 2

DEL CAUSANTE

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: (Escriba una sola causa en cada renglón. Evite utilizar frases de mayor longitud que palabras, abreviaturas, etc.)

19. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE DE MENOS DE 35 AÑOS? Si 1, No 2

20. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENCIA, ESPECÍFICAMENTE? Si 1, No 2

21. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

22. ¿SABO EN CASO DE ACCIDENTE, ANTES DE OBTENER DONDE OCURRIÓ LA MUERTE? Calle y número _____, Colonia _____, Localidad _____

23. NOMBRE: _____

24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A): _____

25. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

26. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

27. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

28. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

29. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

30. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

31. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

32. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

33. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

34. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

35. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

36. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

37. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

38. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

39. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

40. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

41. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

42. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

43. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

44. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

45. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

46. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

47. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

48. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

49. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

50. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

51. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

52. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

53. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

54. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

55. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

56. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

57. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

58. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

59. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

60. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

61. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

62. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

63. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

64. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

65. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

66. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

67. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

68. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

69. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

70. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

71. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

72. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

73. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

74. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

75. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

76. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

77. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

78. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

79. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

80. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

81. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

82. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

83. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

84. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

85. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

86. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

87. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

88. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

89. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

90. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

91. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

92. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

93. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

94. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

95. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

96. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

97. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

98. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

99. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

100. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____?

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

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

Esta edición terminó de imprimirse en el mes de septiembre de 2012
en IEPISA, Impresora y encuadernadora Progreso, S.A. de C.V;
San Lorenzo #244, Col, Paraje San Juan, Delegación Iztapalapa,
C.P. 09830, México, D.F.

El tiraje consta de 500 ejemplares.

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA