



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN



**PROCESO DE MEJORA CONTINUA EN LA
NOTIFICACIÓN DEL INFORME SEMANAL DE
CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES, EN
LA ENFERMERÍA MILITAR DE SANTA LUCIA,
MÉXICO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIZACIÓN EN:

CONTROL DE CALIDAD

Presenta:

VERÓNICA GASCA MARTIÑÓN

Asesor: M. en I. Nelly Karina Jiménez Genchi

Noviembre 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

La culminación de este trabajo, fué posible gracias al valioso apoyo que me brindaron mis maestros y compañeros, muy especialmente quiero aprovechar la ocasión para dedicarle mi más sincero agradecimiento a mis hijos, Brenda y David, recuerden que la preparación continua les permitirá ser mejores día con día.

A mi esposo por ser magnifico compañero, Muchas Gracias!, por participar incondicionalmente en mi desarrollo profesional.

ÍNDICE

Introducción	1
1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO EN LA ENFERMERÍA MILITAR DE SANTA LUCIA	
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.2. Objetivo General	2
1.3. Justificación y Viabilidad	3
1.4. Hipótesis de la Investigación y variables	4
1.5. Tipo y diseño de la Investigación	5
1.6. Recolección y análisis de los datos	5
1.7. Presentación de los resultados	6
2 ANTECEDENTES	
2.1. Ámbito Internacional	9
2.2. Ámbito Nacional	10
2.3. Ámbito Institucional	11
2.4. Calidad y Epidemiología	13
3 MARCO TEÓRICO	
3.1. Antecedentes Históricos de la Notificación	17
3.3. Estructura del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica	20
3.4. Periodicidad de la Información	22
3.5. Flujo de la Información	24
3.6. Estructura del Formato SUIVE-1-2004	25
3.7. Fundamentos de Epidemiología	28
3.8. Epidemiología de los padecimientos reportadas con más frecuencia	29
4 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
4.1. Diagrama de Ishikawa.	32
4.2. Análisis FODA	35
4.3. Diagrama del proceso	37
4.4. Transición Epidemiológica	38
5 PROPUESTA Y EVALUACIÓN DEL PROCESO PARA LA MEJORA CONTINUA EN LOS CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES	
5.1. Hoja de Formalización	41
5.2. Proceso para la mejora continua en los casos nuevos de enfermedades	42
5.3. Evaluación	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se concibe ante la necesidad de contar con información veraz y oportuna relacionada con el panorama epidemiológico de la población atendida en la enfermería militar de Santa Lucía para que en base a la mencionada información se realice la planeación y correcta ejecución de programas de prevención y atención médica, incrementando la satisfacción del usuario. Por consiguiente el objetivo es diseñar e implementar un proceso de mejora en la notificación del reporte de los casos nuevos de enfermedades, si esta implementación logra detectar las enfermedades que se deben reportar la planeación de los programas de prevención y control, contribuirán a otorgar atención con calidad y sentido humanitario.

En el primer capítulo se enuncia la metodología que se siguió para desarrollar la investigación, utilizando datos estadísticos disponibles, generados en la enfermería militar en comento, ya que la mayoría de las veces la totalidad del personal desconoce los resultados de la productividad e información estadística y epidemiológica.

El propósito del segundo capítulo es dar a conocer las referencias que existen con relación al marco legal en materia de salud y su relación con la vigilancia epidemiológica, desde el ámbito internacional hasta llegar al sector institucional.

La finalidad del tercer capítulo es identificar los antecedentes, la organización y estructura de la vigilancia epidemiológica en el país, así mismo la relación de la calidad en la atención medica con los beneficios obtenidos en la satisfacción del usuario

En el cuarto capítulo se ilustra la situación actual respecto al proceso de la notificación de los casos nuevos de enfermedades, reportado a la jurisdicción sanitaria de Zumpango, describiendo los factores más frecuentes que afectan el correcto proceso de la notificación de los mencionados padecimientos.

El quinto capítulo propone los cambios a efectuar en el proceso así como la forma como evaluar los avances del proceso, tomando como referencia los indicadores de evaluación especificados en la Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica.

En el último apartado se encuentran las conclusiones a las que se llegaron después de la elaboración del presente trabajo.

CAPÍTULO 1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO EN LA ENFERMERÍA MILITAR DE SANTA LUCÍA.

El capítulo tiene como objetivo, describir los pasos que se siguieron para desarrollar la investigación en la Enfermería Militar de Santa Lucía, México.

1.1. Planteamiento del Problema

Con el propósito de contribuir a otorgar salud a los usuarios de la Enfermería Militar de Santa Lucía, en base a las necesidades reales, particulares y prioritarias y considerando la presencia de ciertas enfermedades que puedan llegar a causar alerta epidemiológica ya que, esta Enfermería proporciona atención en salud a 27 266 usuarios aproximadamente y esta ubicada en uno de los Campos Militares más grandes del país.¹

Durante el año 2005 se otorgaron un total de 26 927 consultas generales aproximadamente. El promedio mensual de consultas en el servicio de asistencia externa fue de 2 224.²

El total de diagnósticos reportados como casos nuevos de enfermedad durante el año 2005, fue 7 914, representando el 29 % del total de consultas otorgadas en ese mismo año.³

Con base en lo anterior se considera la gran importancia que significa identificar las enfermedades que se deben notificar como caso nuevo de enfermedad, considerando que aplicar la detección inmediata, el tratamiento oportuno a los casos confirmados y el seguimiento adecuado, garantizará evitar afectar la salud de los militares y derechohabientes atendidos en la Enfermería.

1.2. Objetivo General

Diseñar un proceso de mejora continua en la notificación del informe semanal de casos nuevos de enfermedades reportados por la Enfermería Militar Santa Lucía.

1 Censo de población militar de la dirección General de Sanidad Militar, 2005

2 Diagnostico situacional de la Enfermería Militar de Santa Lucía, México. 2005

3 Casos nuevos de enfermedad acumulados hasta la semana epidemiológica número 52, SSA, México. 2005

1.3. Justificación

La presencia de enfermedades en determinada población se puede pronosticar a través del análisis de los factores, los principios y métodos de epidemiología, que son la base de los programas de control de enfermedades y, por lo tanto, esenciales para el desarrollo de atención primaria en el esfuerzo por alcanzar un mejor nivel de salud para toda la población. Organizar un sistema de salud que responda a las necesidades presentes y futuras de las personas requiere de datos exactos sobre el estado actual de salud poblacional y sobre las tendencias previstas de la prevalencia y distribución de las causas principales de enfermedad y defunción.⁴

El conocimiento epidemiológico aporta valiosa contribución al diseño, la ejecución, y la evaluación de los programas de prevención y control de enfermedades, la información epidemiológica permite seleccionar con mayor precisión a los grupos de la población y los factores que los afectan, las acciones relativas a la atención médica, dirigidas a la población en conjunto se llevan a cabo a través de la organización de programas o campañas de prevención y el control de las enfermedades. El impacto logrado, en términos de reducción de casos y defunciones, solo puede ser medido si existe una adecuada base de datos que permita comparar la situación inicial con relación a la obtenida.

La Enfermería Militar de Santa Lucía, cumple con las acciones de vigilancia epidemiológica, genera información en materia de epidemiología y realiza actividades de investigación relativas a esta parte de la medicina utilizando para tal fin los procedimientos y formularios establecidos para cada tipo de enfermedad. La Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia epidemiológica establece que la información epidemiológica debe ser completa veraz y oportuna.⁵

Uno de los criterios de evaluación del Programa Nacional de Certificación determina la obligación de los establecimientos que prestan atención médica, con relación a las actividades de vigilancia epidemiológica.⁶

El diseño y aplicación de un proceso de mejora continua en la notificación del informe semanal de los casos nuevos de enfermedades, permitirá contar con información veraz que apoye la elaboración de Programas de prevención y control de los padecimientos que más afectan a la población atendida en esta enfermería.

4 Manual de Vigilancia Epidemiológica, SSA, México, 1992, 1 pp

5 Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica (NOM-017-SSA2-1994), 1 pp

6 Criterios de Evaluación, para la certificación de los establecimientos de servicios de salud SSA. México 1992, 64 pp

1.4. Hipótesis

Hi: Un informe semanal de casos nuevos de enfermedad diseñado con base en un modelo de mejora continua, permite detectar todas las enfermedades que se deben reportar.

1.5. Variable Independiente

X. Nuevo Proceso de información para el reporte del informe semanal de casos de enfermedades

Elementos que incluye el proceso de notificación de los casos nuevos

Edad. Es de gran importancia debido a que se asocia o no al género, en cualquier evento se requiere conocer si éste se relaciona con el transcurso del tiempo o es independiente a la edad.

Género. Su importancia radica en que hay eventos epidemiológicos que son inherentes a hombres exclusivamente y otros a mujeres.⁷

1.6. Variables Dependientes

Mayor capacitación y conocimiento del proceso por parte del personal que integra el equipo de salud.

Equipo de salud:

Médicos: médicos especialistas, médicos generales, pasantes de medicina.

Enfermeras: Enfermeras especialistas, enfermeras generales, auxiliar en enfermería.

Personal de Capturistas o que se desempeñan ese tipo de actividad.

1.5. Tipo y Diseño de la Investigación

La investigación inicia como longitudinal, posteriormente se convierte en explicativa al señalar la mejora en la notificación de los casos nuevos de enfermedades.

⁷ Malagon, Gustavo y Cools Garantía de Calidad en Salud. Colombia 1999.561 pp

1.6. Recolección de los datos

Se concentran el total de diagnósticos reportados en el informe semanal de casos nuevos de enfermedad, utilizando en formato informe semanal de casos nuevos de enfermedades versión SUIVE-1-2004. El periodo de tiempo que se consideró con base en el inicio de la investigación y la información disponible fué del 1 de enero al 6 de mayo del año 2006. Asimismo se realizó una comparación con las demás instituciones que integran el sector salud del país, a partir de la relación de los principales diagnósticos notificados con el nivel nacional.

1.6.1. Análisis de los datos

1.6.2. Criterios de Inclusión.

Todos los diagnósticos reportados en el informe semanal de casos nuevos de enfermedad, comprendidos a partir del 1 de enero del 2006 y hasta el 6 de mayo del 2006, capturados en el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

1.6.3. Criterios de Exclusión

Todo diagnóstico no reportado en el informe semanal de casos nuevos de enfermedad.

Enfermedades no diagnosticadas como caso nuevo de enfermedad,

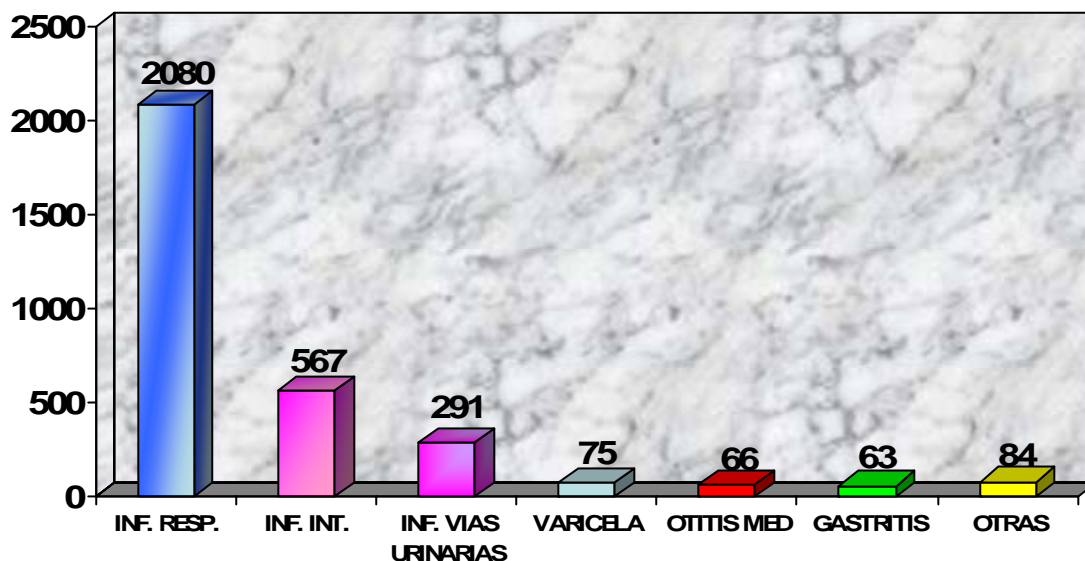
Padecimientos no reportados como caso nuevo de enfermedad.

1.7. Presentación de los Resultados

A continuación se presentan las gráficas que representan el total de casos nuevos de enfermedad, reportados a partir del 1 de enero del 2006 y hasta el 6 de mayo del mismo año en la Enfermería Militar de Santa Lucía.

Gráfica número 1, total de casos notificados en el informe semanal de casos nuevos de enfermedades.

Casos nuevos de enfermedades del 1° enero al 6 de mayo del 2006



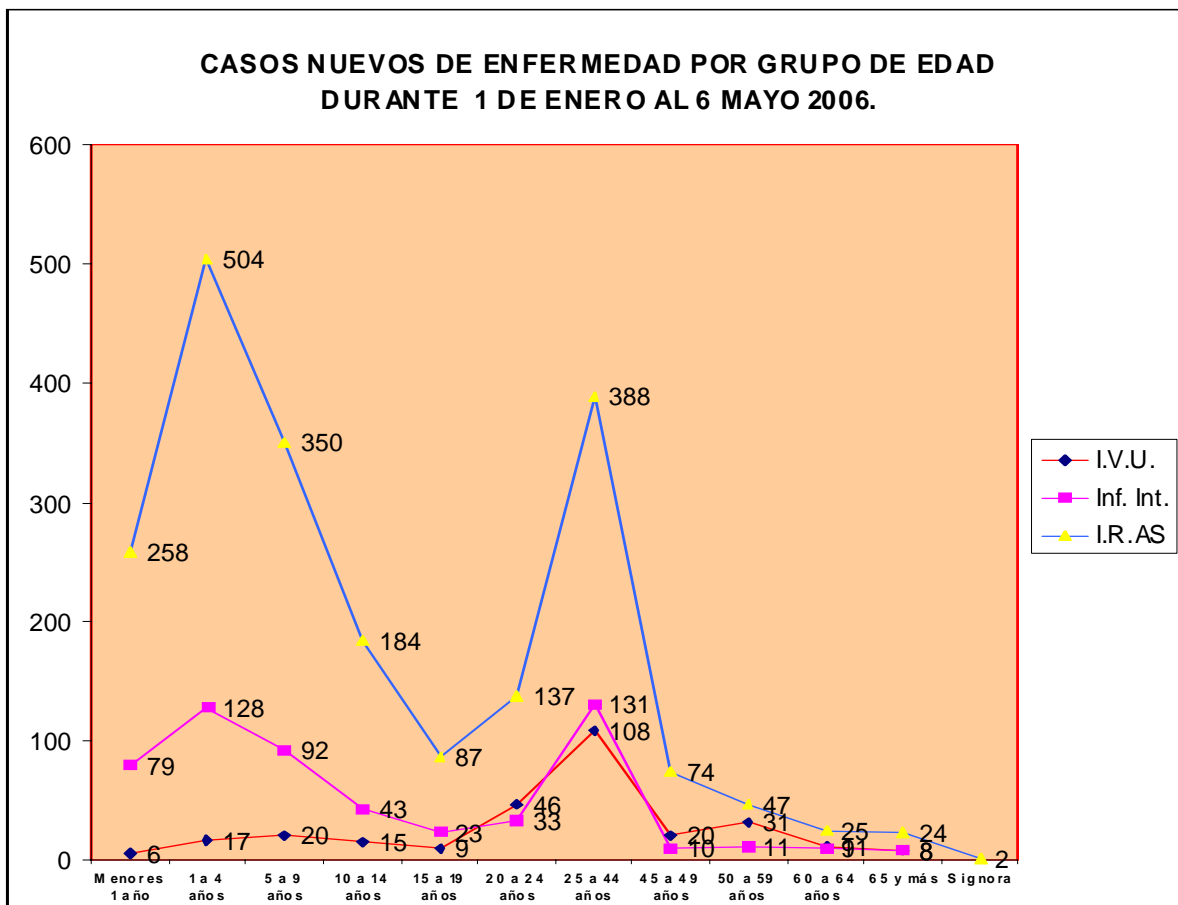
FUENTE: Registros de los servicios de la consulta externa y urgencias, de la Enfermería Militar Santa Lucía, Estado de México.

Gráfica número 2, presentación de los tres principales diagnósticos especificados por grupo de edad, reportados en el informe semanal de casos nuevos de enfermedades:

I.R.AS.-Infecciones Respiratorias Agudas.

Inf. Int.-Infecciones Intestinales

I.V.U.-Infección de Vías Urinarias.



FUENTE: Registros de los servicios de la consulta externa y urgencias, de la Enfermería Militar Santa Lucía, Estado de México.

CAPÍTULO 2 ANTECEDENTES

En este capítulo se enunciará la importancia de reportar en forma completa, veraz y oportuna el informe semanal de los casos nuevos de enfermedad en la Enfermería Militar Santa Lucía, vinculando la importancia de la calidad en la atención médica.

2.1. Ámbito Internacional

2.1.1. Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la agencia especializada en problemas de salubridad. Sus objetivos son alcanzar para todos los pueblos de la tierra el más alto nivel posible de salud. La Organización Mundial de la Salud define la Investigación Operativa de Servicios y Sistemas de Salud como la investigación y evaluación sistemática de aspectos específicamente referidos al desarrollo y funcionamiento de los servicios de salud y su relación con los factores que afectan a la salud.⁸

2.1.2. Reglamento Sanitario Internacional

El reglamento sanitario Internacional, prescrito en la Constitución de la Organización Mundial de la salud, es un tratado internacional para luchar contra la transmisión de las enfermedades infecciosas. Estipula que al aparecer en un territorio alguna enfermedad infecciosa- de aquellas capaces de transmitirse internacionalmente- se notifique ante la Organización Mundial de la Salud para que todos los países dispongan de un cuadro mundial completo y exacto de la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles.⁹

2.2. Ámbito Nacional

2.2.1. Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos

Artículo 4 párrafo 3 dice:” toda persona tiene derecho a al atención a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general “....¹⁰

8 Modelo de investigación OPERATIVO DE LOS Servicios de Salud SSA, México 199 3 pp

9 HERNÁN San Martín, tratado General de la salud en las sociedades Humanas, México.Ed. printed, México. 1002 pp.

10 Constitución Política de los estados Unidos mexicano, Artículo 4, 5ª edición, Ed McGraw-Hill México 1997, 4-6 pp.

2.1.2. La Ley General de salud, derivada de la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Título octavo. “Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes,” menciona la clasificación de enfermedades. ¹¹

2.1.3. Programa Nacional de Salud 2000-2006, que se rige por la Ley General de Salud, señala que deben proporcionar atención médica de calidad, con equidad a poblaciones rurales y grandes ciudades con los recursos materiales necesarios para ofrecer protección financiera ante grandes problemas de salud. ¹²

2.1.4. Acuerdo Secretarial Número 130 emitido el 6 de septiembre de 1995. Se conforma el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, donde el sector salud establece que el único registro oficial es el EPI-1-1995, (hoy SUIVE1-2004), el cual deberá ser llenado en los niveles operativos de cada institución y enviado al nivel nacional siguiendo el flujo de notificación establecido y capturado en el SUAVE. ¹³

1.3. Ámbito Institucional

Las fuerzas armadas del país, dispondrán de servicios para la atención médica del personal que la integra, así como sus derechohabientes.

1.3.1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Artículo 28; a la Secretaría de la Defensa Nacional le corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

- a. organizar, administrar y preparar al Ejército y Fuerza Aérea
- b. organizar y prestar los servicios de Sanidad Militar.¹⁴

11 Ley General de Salud. Título octavo, ed. Sista, México, 1994 43-49 pp

12 Programa Nacional de Salud 2000-2006, SSA, México

13 Acuerdo Secretarial Número 130 emitido el 6 de septiembre de 1995.

14 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal art. 28, Méx.

1.3.2. Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos:

Artículo 68, (Fracción VIII). Los servicios del Ejército y Fuerza Aérea son: Sanidad...

Artículo 90. El servicio de Sanidad tendrá a su cargo la prevención y profilaxis de las enfermedades de los miembros del activo del Ejército y Fuerza Aérea; la pronta recuperación de los efectivos de dichas Fuerzas Armadas y, en su caso la atención médico quirúrgica integral de los militares en retiro y de los derechohabientes de los militares en el servicio activo y en situación de retiro, en los términos que señalen las leyes relativas a Seguridad Social para los miembros de las Fuerzas Armadas.¹⁵

1.3.3. Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. (Título Segundo, Cap. 1º. Art. 16, Fracción XXI, XXII)

Artículo 16. Las prestaciones que se otorgan con arreglo a esta Ley: Servicio Médico Integral y Servicio Médico Subrogado y de farmacias económicas.¹⁶

1.4.1. Reglamento Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional:

Artículo 38 (Fracción IV).- corresponde a la dirección general de Sanidad. Promover la salud y prevenir la enfermedad, mediante acciones de salud pública.¹⁷

1.5.1. Protocolo de Generación del Reglamento para Usuarios de la Enfermería Militar de Santa Lucía, estado de México

Cada uno de los servicios que componen el sistema de atención en salud que en conjunto conforman la Enfermería Militar de Santa Lucía, cuenta con particularidades de administración y operación para poder prestar una atención adecuada y óptima, lo que demanda una necesidad de crear su propia normatividad que integrará en conjunto con las de los otros servicios el reglamento usuarios de la mencionada enfermería militar. Dentro de los servicios mencionados se encuentra Medicina Preventiva.¹⁸

¹⁵ Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos: Artículo 68, Fracción VIII

¹⁶ Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. (Título Segundo, Cap. 1º. Art. 16, Fracción XXI, XXII)

¹⁷ Reglamento Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional: Artículo 38 (Fracción IV)

¹⁸ Protocolo de generación del reglamento para usuarios de la Enfermería Mil, Sta. Luc, Méx. 2006

1.6. Calidad y Epidemiología

1.6.1. Conceptos de calidad.

De acuerdo con Rafael Ignacio Pérez Uribe (1992), la calidad es la satisfacción de las necesidades a diferentes niveles a partir de la producción de un bien o servicio para y por el hombre. (Pérez, R.. 1992)

Para Gómez (1991) la calidad puede definirse como “la satisfacción de un consumidor utilizando para ello adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos y técnicos de tal forma que se logre un desarrollo integral y armónico del hombre de la empresa y de la comunidad” (Gómez, E. 1991). Esto significa que la calidad no está circunscrita exclusivamente al producto sino que se puede ampliar a aspectos tan variados como la calidad de vida, la calidad humana, calidad de la administración, calidad del sistema de la comercialización, calidad del servicio y calidad del cliente.

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. (OPS. Programa de garantía y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud en América Latina).

Finalmente, la Ley 100 del Sector Salud de Colombia en su edición de 1993 estableció la Calidad como uno de los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objeto de garantizar a los usuarios una Calidad de la atención en salud oportuna, integral, continua y humanizada.

1.6.2 Calidad de la atención en salud.

Teniendo en cuenta los anteriores puntos de vista, muchos expertos se han esforzado en establecer de manera clara y precisa la definición de la calidad en salud; quien más ha trabajado este concepto es el Dr. Avedis Donabedian, quien desde finales de los años 60's y hasta la fecha se ha convertido en la máxima autoridad mundial sobre la calidad de la atención médica. Él define la calidad en salud así: “la calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes” (Donabedian). A. 1980)

Para una conceptualización más completa de calidad en salud se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría.

Donabedian al respecto especifica que “la atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos, el primero, como la atención técnica que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud y el segundo como la relación interpersonal, que es la interacción social y económica entre el profesional de la salud y el paciente” (Donabedian, A. 1990)

En las definiciones anteriores se concluye que la calidad implica varias dimensiones, las cuales son: la dimensión técnica, la seguridad, el servicio y el costo racional, de estas, la técnica es la más importante, ya que consiste en la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente. Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian reitera que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. (Public Health Policy. 1998)

La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios. El modelo entonces propuesto por Avedis Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados. (Donabedian, A. 1985)

Otra de las dimensiones que se toman en cuenta para evaluar la calidad es la dimensión de la seguridad: se busca que al tratar un paciente se consiga mayor beneficio que riesgo para él mismo; por tanto, en las medidas de calidad respectivas se debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros. En la tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, se considera importante la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo muy importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación del servicio. La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, ya que al mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, el hacer uso innecesario o inadecuado de servicios se generan aumentos que no aumentan la calidad. (SDS, Guía. 2000)

Por su parte Lee R. J., en forma de “ocho artículos de fe”, enuncia como atributos que serán bases científicas para la práctica médica la prevención, la colaboración de los consumidores, de proveedores, el tratamiento del individuo en su totalidad, la relación estrecha y continuidad entre paciente y médico y el acceso integral para toda la población como variables que influyen directamente en la calidad de la salud. (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998)

En este sentido, entonces, la calidad en salud puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad. Sin embargo, es importante que la calidad de la atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para así garantizar un servicio sanitario óptimo.

1.6.3. Evaluación de la calidad en salud. En las instituciones que prestan servicios de salud se debe proponer por que las acciones y programas de garantía de calidad se desarrollen en varios ámbitos del sistema desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicios. Se hace indispensable desarrollar mecanismos permanentes para medir y evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente y desde el punto de vista de los financiadores, observadores, prestadores y usuarios del sistema. Para esto se deben formular estándares que permitan comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, todo esto con el fin de establecer procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad dentro del sistema y hacia los usuarios del mismo.

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares, ya que estos se adaptan y formulan de acuerdo a la situación particular que se van a evaluar y los objetivos que se persiguen; porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud. (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998)

Las metodologías documentadas en gran parte dirigen su enfoque ante todo al conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales: la estructura (atributos de los sitios en que se presta la atención), el proceso (incluye a todos los proveedores de la atención y sus habilidades para brindarla) y los resultados (los beneficios que obtiene el paciente). El método clínico, la revisión por pares y la auditoría médica (fundamentada en la revisión de la historia clínica) siguen siendo utilizados por algunos autores, a pesar de que reconocen que los registros médicos por sí solos no sirven de base para establecer criterios de evaluación de la atención que se brinde al paciente. (Ardón, N. y Jara, M. 1998)

Al realizar la evaluación de la calidad a nivel de la *estructura* se tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano técnico y auxiliar, recursos financieros y sistema de información interna y externa. Las ventajas de esta evaluación residen en la posibilidad de alcanzar información objetiva, de gran validez y confiabilidad. Su mayor desventaja está en que no se puede deducir de la calidad de la estructura, la buena calidad de la atención.

En relación a la evaluación de la calidad a nivel del *Proceso* se reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte administrativo financiero, donde cobra gran importancia la existencia y aplicación de las guías o protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico. Por tanto, para realizar una buena evaluación de procesos se debe tener mecanismos de seguimiento de la atención, tendientes a garantizar la calidad del servicio.

Y por último, la evaluación de la calidad en los *Resultados*, se relaciona con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficios para el usuario. El resultado se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o invalidez en distinto grado. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios.

Las ventajas de esta evaluación son:

La efectividad del cuidado en salud, que los resultados en términos generales son más concretos y la cuantificación más exacta, y los estudios pueden ser universales y comparables en razón de la validez y confiabilidad de sus resultados.

Las desventajas se tiene que los resultados dependen más de la capacidad técnico-científica del personal de salud que de la calidad integral de la atención; además, los resultados pueden ser no muy significantes en la valoración del proceso integral de la atención y finalmente los resultados de la satisfacción de usuarios y proveedores tienen un alto grado de subjetividad, resultando difícil su cuantificación. (Malagón, G. y otros. 1998)

En el ámbito internacional se observa un interés por evaluar el desempeño de los profesionales de la salud, especialmente los autores mexicanos que han sido los más preocupados no sólo por establecer y documentar por escrito metodologías con enfoques y elementos mejor definidos, sino también por establecer mecanismos y estrategias que consoliden el Sistema Nacional de Salud de su país y mejoren la calidad de la prestación de sus servicios. Pero Avedis Donabedian es el más descriptivo en su metodología, especialmente en lo referente a los criterios que deben tomarse en cuenta para la evaluación de la calidad.

Los criterios enfocados hacia la estructura involucran los recursos con que cuentan los proveedores de la salud; los criterios del proceso incluyen el objeto primario de evaluación, ya que comprende las actividades que se llevarán a cabo por y entre profesionales y pacientes, y entre los criterios de resultado se incorpora el cambio del estado actual y futuro de la salud del paciente. (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998)

La evaluación de la calidad y su implementación ha tenido una evolución en el tiempo. Inicialmente las actividades relacionadas con la Calidad de los servicios sanitarios se centraron, (década de los años 60's), en la evaluación de los servicios sanitarios. Las primeras experiencias consistieron en la acreditación de los centros sanitarios e instituciones docentes, evaluando los aspectos estructurales en los que se desarrollaban estas actividades.

En un momento posterior y en forma paralela al crecimiento del sistema de acreditación de centros sanitarios, se desarrolló la metodología necesaria para evaluar la práctica clínica, observando directamente el proceso mediante el empleo de criterios implícitos o bien aplicando métodos estructurados como el audit. Médico, en el que se utilizaron criterios explícitos que permitían, además de establecer estándares asistenciales, comparar la Calidad entre diversos centros. La evaluación del proceso asistencial cobró un fuerte impulso como consecuencia de que la acreditación, además del prestigio que suponía, fué una vía importante para acceder a fuentes de financiación pública que establecía, entre sus requisitos, la realización de auditorías médicas.

A partir de la década de los 70's la evaluación de la Calidad se complementa, haciendo un énfasis especial, con su mejora explícita. Comienza lo que se puede denominar "la etapa de la garantía o mejora de la Calidad". Durante esta fase, el incremento de los costes asistenciales justificó la implementación de programas externos en los que se evaluaba la adecuación de los ingresos y las estancias hospitalarias, así como la utilización de los recursos asistenciales. La necesidad de evaluar la eficiencia de la atención facilitó el desarrollo de métodos basados en la evaluación de los resultados de la asistencia. Dentro de estos resultados se incluyó, además de las modificaciones en el estado de salud, la satisfacción de los pacientes atendidos. El interés por la contención de costos favoreció las evaluaciones de tipo concurrente, ya que para que las actividades de mejora de la Calidad tuvieran impacto sobre los costos, éstas debían realizarse antes de que se concluyera el proceso asistencial.

En la década de los 80's, se van incorporando y adaptando los conceptos y métodos de la Gestión de Calidad de la industria. Las principales aportaciones han sido la estructuración de los programas de mejora de la Calidad en un ciclo secuencial con tres actividades definidas: planificación, ejecución de la tarea y comprobación; la metodología del control estadístico de proceso y la incorporación de una cultura de la Calidad en la que tienen una gran relevancia el liderazgo de los gestores, la participación de los profesionales y las necesidades del usuario.

En el país se han creado expectativas en torno al cambio en materia de la calidad de la prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)

Por ello, se está promoviendo a nivel gubernamental que las instituciones prestadoras de servicios realicen el montaje de sus sistemas de garantía de calidad, para que puedan someterse a evaluaciones externas, como es la de los requisitos esenciales y la de acreditación. Con los requisitos esenciales se pretende que al ser éstos estándares básicos para la prestación de los servicios de salud, se constituyan el primer escalón de calidad y por tanto la primera evaluación de calidad a la que debe estar sometida una IPS. Con la acreditación se pretende que mediante una institución no gubernamental se acredite que una Institución Prestadora de Servicios cumple con estándares elevados de calidad. (SDS, Guía. 2000) ¹⁹

19 ARDON, Nelson. Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención, Colombia, 2003

CAPÍTULO 3 MARCO TEÓRICO

En este capítulo se define la información relacionada a las actividades de Vigilancia Epidemiológica en el país, así como la relación de estas en la atención con calidad en los servicios de salud.

3.1. Antecedentes Históricos.

El origen de la notificación periódica de los padecimientos infecto-contagiosos, se remonta al año 1944, un año después de la creación de la Secretaría de Salud y Asistencia Pública (hoy Secretaría de salud), con la notificación de 14 padecimientos transmisibles (Brucelosis, Difteria, Disentería, Lepra, Meningitis, Paludismo, Poliomiелitis, Sarampión, Sífilis, Tifo, Tifoidea, Tos ferina, Tuberculosis y Viruela), el envío de dicha información se remitía a la Dirección General de Epidemiología, responsable a su vez de analizar y difundir los resultados en el Boletín Epidemiológico mensual y bimensual..

Al año siguiente (1945), se creó y operó la hoja epidemiológica que concentraba la información de morbilidad, la cual fué evolucionando hasta la década de los setenta cuando se conoció como formato de reporte EPI-1-79 y se creó la Notificación de Casos Nuevos de Enfermedad, basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9ª revisión) con 50 diagnósticos organizados en 13 grupos de padecimientos.

Para 1985 se implantaron las bases de un nuevo formato de Notificación Semanal denominado EPI-1-85, con 89 diagnósticos distribuidos en 10 grupos de padecimientos, este formato incluía la Diabetes mellitas, la hipertensión arterial y dos neoplasias dentro de la enfermedades crónico- degenerativas, en esta época se inició el empleo de las computadoras para concentrar y organizar los datos a modo de hojas de cálculo, además se fortaleció la comunicación interinstitucional.

Hacia 1994 se inició la conformación del SUIVE, el cual se estableció mediante el Acuerdo Secretarial 130, firmado en 1995; en el cuál se estableció el compromiso de todo el sector Salud para utilizar el formato EPI-1-95 Con 69 diagnósticos en 14 grupos de padecimientos y capturarlo en el programa de cómputo SUAVE, con base en la NOM-017.

A partir de ese momento la Notificación Semanal de Casos Nuevos cobró mayor importancia al homogeneizar los criterios de reporte en el programa SUAVE; posteriormente en el año 2000 en formato de registro cambió en nombre por SUIVE.-1-2000, el cual contenía 96 diagnósticos y 12 grupos de padecimientos, agregándose algunos crónico- degenerativos como desnutrición, neoplasias y accidentes.

Al finalizar el año 2002, el formato cambió por el de SUIVE-1-2003 con 97 diagnósticos, 13 grupos de padecimientos y la inclusión de la clasificación por género masculino y femenino.

En el año 2004 el formato recibió el nombre de SUIVE-1-2004 con 98 diagnósticos distribuidos en 13 grupos de padecimientos predefinidos, además de las opciones de registro de enfermedades de interés local y/o regional, y de otras enfermedades de notificación inmediata. Todos estos formatos están basados en la CIE 10ª revisión y se concentran en el programa SUIVE versión número 4.

Actualmente la Notificación Semanal de Casos Nuevos de enfermedad cuenta con el formato SUIVE-1-2004, para su operación y es usado oficialmente por todo el Sector Salud. Cabe mencionar que cada año el formato es sujeto a revisión y ajuste en cuanto a tópicos y padecimientos o diagnósticos a reportar, además de actualizar su nombre de acuerdo al año que transcurre.²⁰

3.2. Antecedentes del Reporte de los Casos Nuevos de Enfermedades en la Enfermería Militar de Santa Lucia.

El año 2003, la Sección de Salud Pública de la Dirección General de Sanidad, giró ordenes a todos los escalones del servicio de sanidad, en relación a la entrega del reporte de los casos nuevos de enfermedades a la Jurisdicción sanitaria de la localidad más cercana al respectivo escalón de sanidad, este hecho representó una gran estrategia por parte de la Secretaría de la Defensa Nacional para dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana, Para la Vigilancia Epidemiológica. Fue a partir de entonces cuando se pudo desgregar como S.D.N. ya que anteriormente se agregaban los reportes generados del informe en el rubro como otras instituciones, los últimos datos disponibles validados se muestran en la siguiente tabla.

²⁰ Manual de procedimientos para la Notificación de los Casos Nuevos de Enfermedades SSA. Junio 2006. pp 17

Veinte principales causas de enfermedad nacional, por institución
2005
Población General

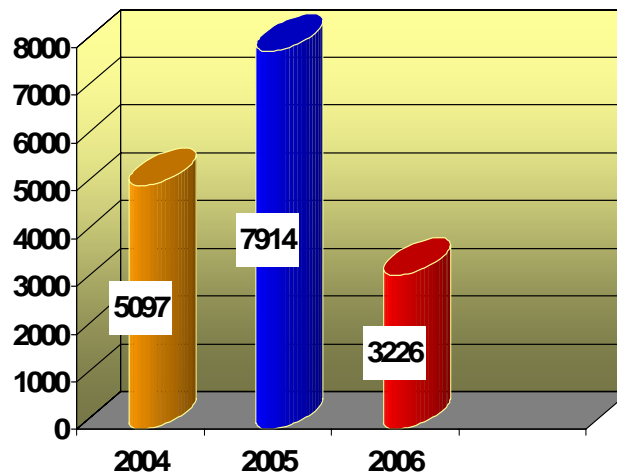
Número	Padecimiento	Código de la lista detallada CIE 10a. Revisión	Institución								Total	
			SSA	IMSS-ORD	ISSSTE	IMSS-OP	DIF	PEMEX	SEDENA	SEDEMAR		OTRAS
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	11 181 379	8 266 127	2 512 077	1 715 965	293 800	369 335	178 726	61 167	2 049 945	28 827 541
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	A04, A08-A09	1 698 594	1 838 862	478 087	188 398	59 194	61 776	27 079	9 350	408 227	4 765 567
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	1 021 364	1 378 813	308 936	192 653	25 615	35 611	16 981	7 855	192 428	3 181 056
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	561 408	385 755	179 200	113 739	14 805	17 669	9 797	2 838	149 361	1 433 592
5	Amebiasis intestinal	A06.0-A06.3, A06.9	317 464	207 416	59 774	100 289	10 474	8 270	7 253	2 658	49 359	762 937
6	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	404 840	46 452	88 829	59 779	20 027	7 277	12 649	2 872	112 017	754 742
7	Hipertensión arterial	I10-I15	154 488	197 509	84 787	15 365	9 791	2 594	7 048	1 032	46 684	519 298
8	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	209 521	45 800	47 336	72 374	3 502	12 182	22 655	4 452	32 112	449 714
9	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	71 739	261 364	21 316	2 217	843	15 998	424	873	25 985	400 759
10	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	E11-E14	142 361	138 848	58 427	9 891	7 026	1 945	5 419	776	32 684	397 387
11	Candidiasis urogenital	B37.3-B37.4	158 613	53 110	11 412	105 645	3 899	1 852	1 080	537	20 363	356 491
12	Varicela	B01	114 180	143 347	24 820	11 837	4 123	2 288	2 453	515	22 239	325 782
13	Asma y estado asmático	J45, J46	98 224	87 146	35 031	7 613	6 220	9 040	2 888	898	43 145	290 205
14	Conjuntivitis	B30, H10.0	179 881	1 324	37 873	10 255	2 773	6 599	5 306	1 418	21 244	266 673
15	Intoxicación por picadura de alacrán	T63.2, X22	168 056	45 445	4 449	18 024	84	16	485	231	11 188	247 976
16	Tricomoniasis urogenital	A59.0	88 894	11 913	4 047	60 749	1 780	71	280	113	7 179	174 826
17	Ascariasis	B77	110 278	6 465	19 133	25 485	1 983	756	753	142	8 449	173 414
18	Neumonías y bronconeumonías	J12-J18 excepto J18.2	71 079	55 525	12 336	6 597	3 231	480	1 520	295	21 089	172 132
19	Desnutrición leve	E44.1	105 684	20 138	7 259	25 111	3 959	254	832	297	4 929	166 483
20	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	A07.0, A07.2, A07.9	65213	44014	16610	7163	2193	1463	2017	711	6780	146184
TOTAL 20 PRINCIPALES CAUSAS			16 923 080	13 234 963	4 011 739	2 747 139	475 302	555 456	304 625	99 030	3 283 385	41 814 719
OTRAS CAUSAS			639 721	330 939	76 094	89 932	10 882	9 996	11 355	2 860	171 606	1 325 355
TOTAL GLOBAL			17 562 801	13 565 902	4 089 823	2 817 071	486 164	565 452	315 980	101 890	3 434 991	42 940 074

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA

A partir del año 2004, fué el primer periodo en el que se obtuvieron registros específicos de cada escalón del servicio de sanidad, los casos nuevos de enfermedades, generados en la enfermería objeto de la investigación, se representan en la gráfica número 3.²¹

Gráfica número 3, total de padecimientos reportados en el informe semanal de casos nuevos de enfermedades a partir del año 2004 y hasta el 6 de mayo del 2006.

CASOS NUEVOS DE ENFERMEDAD



FUENTE: REGISTRO DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE LA ENFERMERIA DE STA. LUCIA, EDO.MEX.

²¹ Registro del reporte del informe de los casos nuevos de enfermedades, Enfermería Militar de Santa Lucía, México. 2004-2006.

3.3. Estructura del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Una de las prioridades del gobierno mexicano es la atención y prevención de los problemas de salud de la población; para cumplir con este objetivo la Secretaría de Salud (SSA) norma y coordina los esfuerzos de todas las instituciones y dependencias, tanto públicas como privadas que intervienen en esta tarea, en un órgano llamado Sistema Nacional de Salud (SNS); está integrado por: la misma Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS-Solidaridad, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEDEMAR), los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y el Instituto Nacional Indigenista (INI), entre otras.

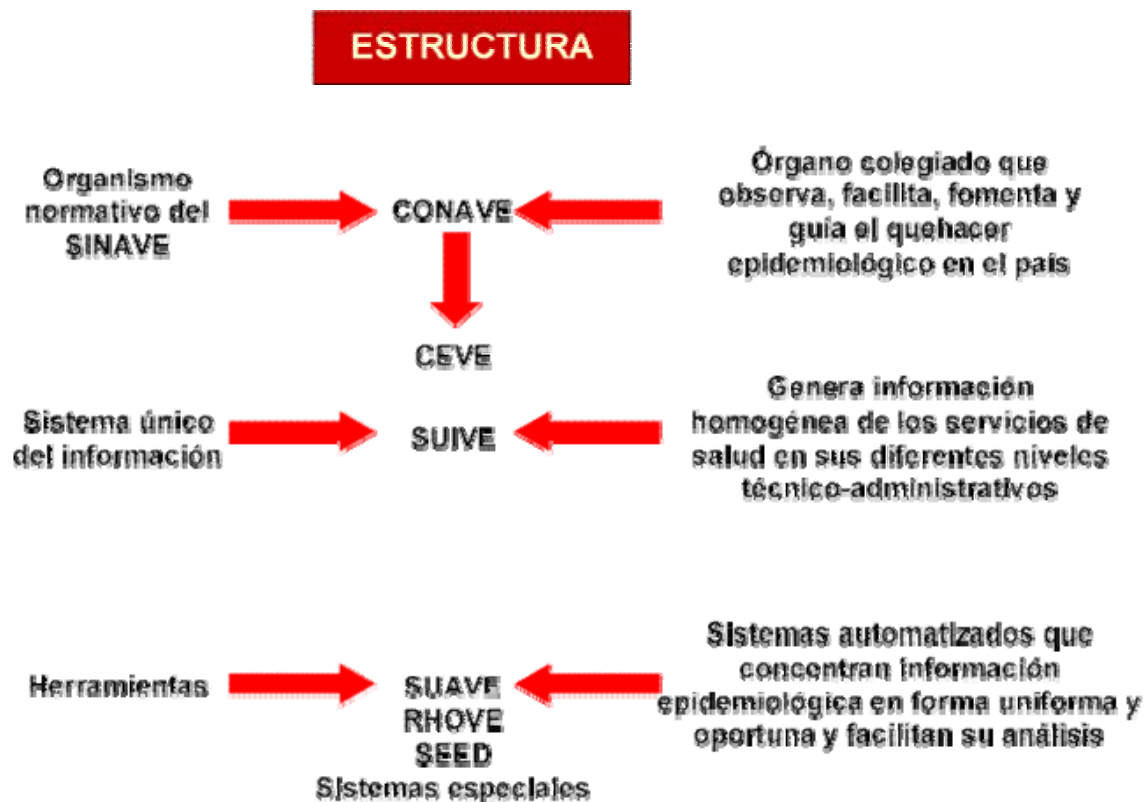
Dentro de la SSA, corresponde a la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades el seguimiento de la operación de los diferentes programas de atención a la salud de la población; para ello se cuenta con una infraestructura conformada por 16 141 unidades de salud, distribuidas en 233 jurisdicciones sanitarias en los 32 estados de la República Mexicana.

Esta tarea necesita de un sistema de información que detecte e identifique los problemas de salud más importantes, los grupos de edad más afectados, los estados de la república con mayor número de enfermos y los factores de riesgo asociados, entre otros datos. Esta información es proporcionada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual se define como un conjunto de métodos y procesos estandarizados de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para llevar a cabo, de manera oportuna y uniforme, la vigilancia epidemiológica; tiene el objetivo de generar información oportuna y confiable para la toma de decisiones, medir el impacto de los programas y definir áreas y grupos de riesgo en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

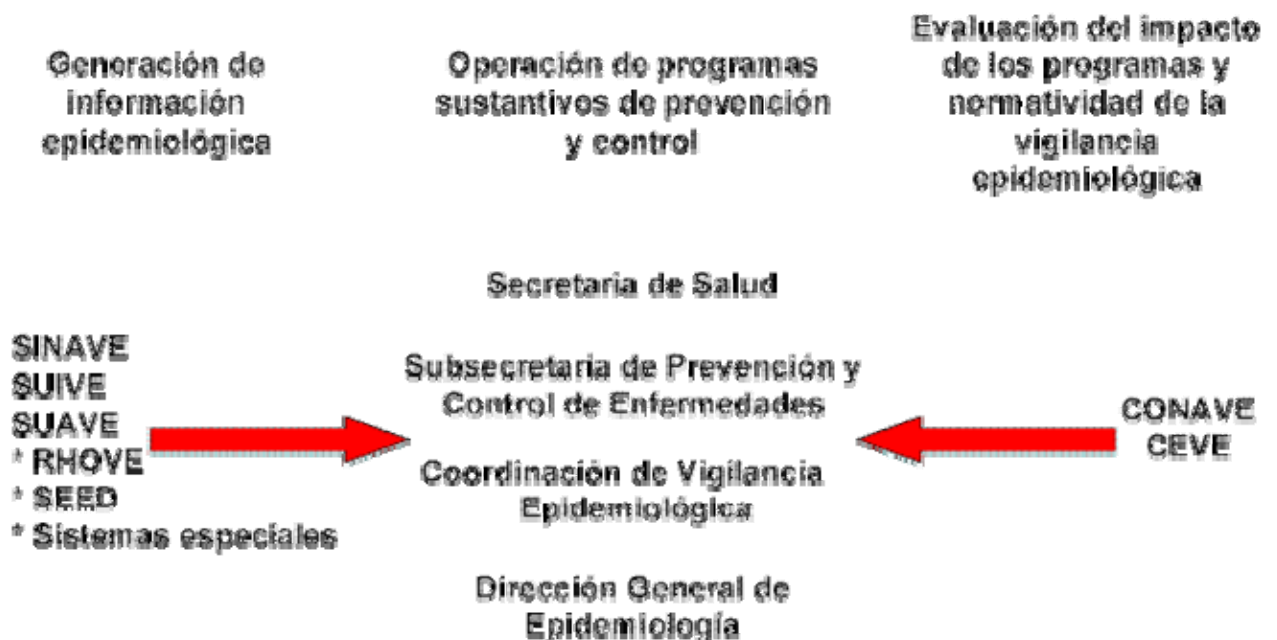
La Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades orienta las decisiones y acciones hacia el fortalecimiento de un nuevo modelo asistencial, en el que destaca lo preventivo sobre lo curativo y considera, entre otras funciones, las distintas etapas del ciclo vital: salud infantil, reproductiva, del adulto y del anciano. En esta instancia, la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica tiene como objetivo el fomento de la vigilancia, prevención y control de los padecimientos más frecuentes, reemergentes y nuevos. Para lograr su cometido, coordina los esfuerzos de la Dirección General de Epidemiología (DGE), cuya principal tarea es la identificación de los riesgos y daños a la salud en el país; con ello se coloca en una posición estratégica para que los niveles local, jurisdiccional y estatal, comprometidos en el cuidado de la salud de la población, generen información adecuada y oportuna para la toma de decisiones y ejecución de las acciones de prevención y control ²²

22 Manual de Procedimientos para la vigilancia epidemiológica, México, SSA. 1999 pp 3.

A continuación se presentan los esquemas de la estructura del sistema nacional de vigilancia epidemiológica.



PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES



3.4. Periodicidad de la Información

3.4.1. Notificación Semanal

La notificación semanal a través de las Unidades de Vigilancia hasta su llegada o recepción por el Órgano Normativo del SINAVE, no debe exceder de 14 días a partir del último día de la semana epidemiológica sobre la que se informa.

Cada semana epidemiológica se reporta de acuerdo al siguiente calendario epidemiológico.

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
CENTRO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO
BOLETÍN "Epidemiología"
2006

ENERO							FEBRERO							MARZO									
SEM	D	L	M	M	J	V	S	SEM	D	L	M	M	J	V	S	SEM	D	L	M	M	J	V	S
1	1	2	3	4	5	6	7	5				1	2	3	4	9				1	2	3	4
2	8	9	10	11	12	13	14	6	5	6	7	8	9	10	11	10	5	6	7	8	9	10	11
3	15	16	17	18	19	20	21	7	12	13	14	15	16	17	18	11	12	13	14	15	16	17	18
4	22	23	24	25	26	27	28	8	19	20	21	22	23	24	25	12	19	20	21	22	23	24	25
5	29	30	31					9	26	27	28					13	26	27	28	29	30	31	

ABRIL							MAYO							JUNIO									
SEM	D	L	M	M	J	V	S	SEM	D	L	M	M	J	V	S	SEM	D	L	M	M	J	V	S
13							1	18	1	2	3	4	5	6	22					1	2	3	
14	2	3	4	5	6	7	8	19	7	8	9	10	11	12	13	23	4	5	6	7	8	9	10
15	9	10	11	12	13	14	15	20	14	15	16	17	18	19	20	24	11	12	13	14	15	16	17
16	16	17	18	19	20	21	22	21	21	22	23	24	25	26	27	25	18	19	20	21	22	23	24
17	23	24	25	26	27	28	29	22	28	29	30	31				26	25	26	27	28	29	30	
18	30																						

JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE									
SEM	D	L	M	M	J	V	S	SEM	D	L	M	M	J	V	S	SEM	D	L	M	M	J	V	S
26							1	31			1	2	3	4	5	35						1	2
27	2	3	4	5	6	7	8	32	6	7	8	9	10	11	12	36	3	4	5	6	7	8	9
28	9	10	11	12	13	14	15	33	13	14	15	16	17	18	19	37	10	11	12	13	14	15	16
29	16	17	18	19	20	21	22	34	20	21	22	23	24	25	26	38	17	18	19	20	21	22	23
30	23	24	25	26	27	28	29	35	27	28	29	30	31			39	24	25	26	27	28	29	30
31	30	31																					

OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE									
SEM	D	L	M	M	J	V	S	SEM	D	L	M	M	J	V	S	SEM	D	L	M	M	J	V	S
40	1	2	3	4	5	6	7	44				1	2	3	4	48						1	2
41	8	9	10	11	12	13	14	45	5	6	7	8	9	10	11	49	3	4	5	6	7	8	9
42	15	16	17	18	19	20	21	46	12	13	14	15	16	17	18	50	10	11	12	13	14	15	16
43	22	23	24	25	26	27	28	47	19	20	21	22	23	24	25	51	17	18	19	20	21	22	23
44	29	30	31					48	26	27	28	29	30			52	24	25	26	27	28	29	30
															1	31							

Días de descanso obligatorio
 Días de descanso opcional
 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, FCO. DE P. MIRANDA #177-5º PISO, UNIDAD LOMAS DE PLATEROS, C.P. 01480, MÉXICO D.F.
 TELÉFONOS: 56 51 83 72, 56 51 89 48 (DIRECTOS Y FAX) CONMUTADOR: 55 93 97 71 ext.123,132,160,186 y189

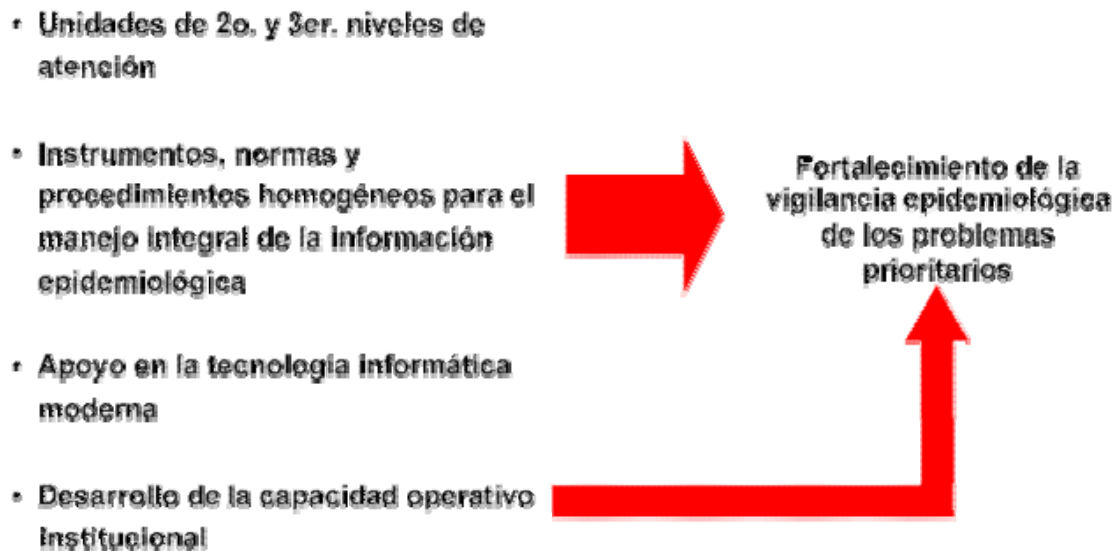
3.4.2 Notificación mensual

Son de notificación mensual los padecimientos que se incluyan en los Subsistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica y los casos de las infecciones nosocomiales.

En el caso de los episodios por infección nosocomial, la notificación mensual, se genera a partir de los formatos establecidos en la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica. (RHOVE).²²

Caso de infección nosocomial. Condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital. Estas infecciones ocurren generalmente desde las 48 a 72 horas del ingreso del paciente al hospital y hasta los días que abarque los periodos de incubación del microorganismo y de acuerdo con los criterios diagnósticos señalados en el apartado seis del Proyecto de PROY-NOM-045-SSA2.²³

Características de la RHOVE



²² NOM-017-SSA-1994. Op. Cit. pp 22

²³ PROY-NOM-045-SSA2, Méx. Pp 3

3.4.3 Notificación anual

Anualmente debe realizarse un concentrado de los casos de todos los padecimientos, eventos y circunstancias sujetos a vigilancia, con el propósito de rectificar o ratificar la información proporcionada a través de la notificación inmediata, diaria, semanal y mensual durante el año.

La notificación anual debe analizarse en conjunto entre los Grupos Interinstitucionales de Vigilancia de cada nivel técnico administrativo, y el órgano normativo.

Durante los meses de febrero y marzo del año siguiente al que se informa, se realizarán reuniones con los Grupos Interinstitucionales y representantes de los diversos sectores del SNS, a fin de concentrar, analizar e interpretar la información y determinar la situación final de los padecimientos y eventos sujetos a vigilancia.

Para llevar a cabo las actividades las instituciones y sectores que conforman el SNS proporcionarán los informes concentrados de notificación semanal y mensual de todo el año. Estos incluirán la información extemporánea correspondiente a cada periodo.²⁴

3.4 Flujo de la Información

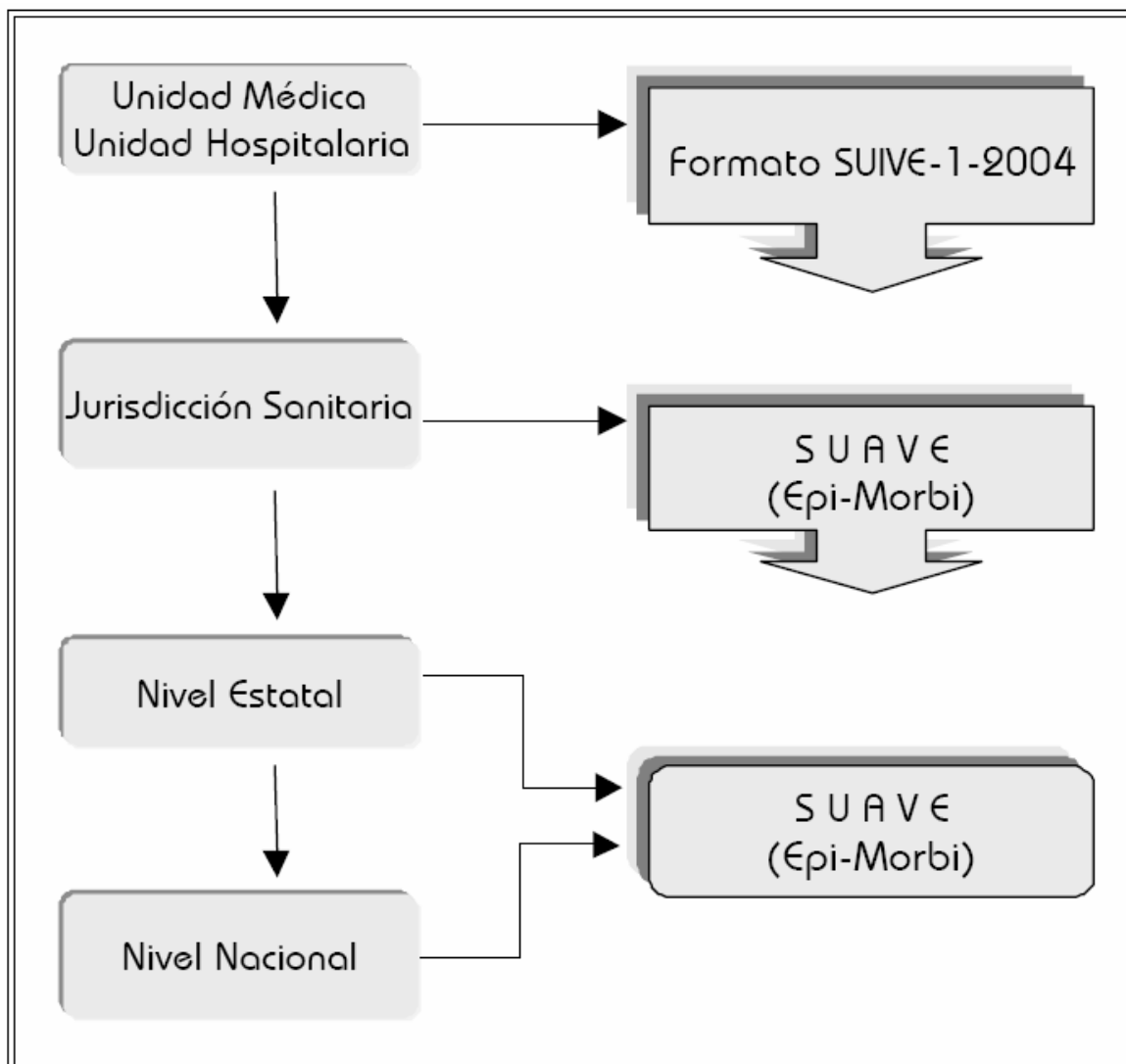
3.4.1. El nivel local (unidad médica), recibe información durante la semana, la cual concentra, analiza e interpreta, llena la forma respectiva el día lunes y la envía el martes de la siguiente semana a la que se informa. El envío se hará por la vía más rápida disponible.

3.4.2. El nivel intermedio (jurisdiccional) recibe la información el martes o miércoles, la concentra en el programa de cómputo vigente por el órgano normativo que elabora informes, valida, analiza e interpreta, genera el archivo semanal correspondiente del nivel jurisdiccional en medio magnético y lo envía el viernes, por la vía más rápida.

3.4.3. El nivel estatal (delegacional) recibe la información el viernes o lunes, la concentra en el programa de cómputo vigente establecido por el órgano normativo, elabora reportes, valida, analiza e interpreta; genera el archivo semanal correspondiente del nivel estatal en medio magnético que incluya la información concentrada del Sistema Estatal de Salud y lo envía a más tardar el día miércoles antes de las 11:00 horas, tiempo del centro, por la vía más rápida.

24 NOM -017-SSA2-1994. Op Cit. pp 22

3.4.4. El Nivel Nacional, en la representación del órgano normativo del SINAVE se recibirá la información generada en el SNS el día miércoles de acuerdo a lo especificado en el inciso anterior, la concentra en el programa de cómputo vigente establecido por el órgano normativo, elabora reportes, valida, analiza e interpreta; genera el archivo semanal correspondiente al nivel nacional para su difusión el viernes a través del Boletín Semanal Epidemiología.



3.4.5. Estructura del Formato SUIVE-1-2004, Casos Nuevos de Enfermedades. En cada nivel, la notificación semanal debe realizarse a través de la forma "Informe Semanal de casos Nuevos de Enfermedades" ver anexo

El formato "Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades SUIVE-1" se construye y actualiza sistemáticamente con la participación de los epidemiólogos de todo el país y considera a todas las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud. El llenado del formato SUIVE-1 permite la concentración de casos nuevos cuya impresión diagnóstica es sujeta a vigilancia epidemiológica. Consta de dos hojas tamaño oficio con copia. Está constituido por tres partes:

1. Contiene la ficha de identificación de la unidad notificante: incluye el nombre y la clave de la unidad, el número de la semana epidemiológica notificada y el período que abarca, localidad, municipio, jurisdicción, entidad o delegación así como institución notificante.

2. La segunda parte contiene el reporte de 98 padecimientos, agrupados con base en características comunes: Enfermedades prevenibles por vacunación; Enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo; Enfermedades infecciosas del aparato respiratorio; Enfermedades de transmisión sexual; Enfermedades transmisibles por vector; Zoonosis; Otras enfermedades exantemáticas; Enfermedades transmisibles; Otras enfermedades no transmisibles; Desnutrición; Neoplasias; Defectos al nacimiento; Accidentes; Enfermedades de interés local y/o regional; y Otras enfermedades de notificación inmediata. Estos dos últimos grupos cuentan con espacios en blanco para ser llenados por el médico o epidemiólogo; cabe destacar que los padecimientos de interés local o regional están definidos por el Comité Estatal de Vigilancia epidemiológica (CEVE) y las Otras enfermedades de notificación inmediata son de interés nacional o internacional (Fiebre amarilla, Peste, Fiebre recurrente transmitida por piojo, Tifo epidémico, Tifo murino, Fiebre manchada, Encefalitis equina venezolana, Meningitis por *Haemophilus influenzae*, Fiebre del oeste del Nilo, Efectos indeseables de las vacunas y/o sustancias biológicas, Poliomiелitis, Meningoencefalitis amebiana primaria, Intoxicación por picadura de abeja africana, Urgencias epidemiológicas y cualquier tipo de Fiebre hemorrágica).

Enseguida se presentan 17 columnas: la primera se refiere a los grupos de padecimientos; en la segunda se encuentran las enfermedades (diagnósticos) donde se marcan con un asterisco (*) aquellos padecimientos que deben ser notificación inmediata de caso al nivel jerárquico superior inmediato, en un plazo no mayor a 24 horas; si el padecimiento está marcado con el signo "más" (+), se debe realizar el estudio epidemiológico denominado SUIVE-2-2004 (Anexo 2) o el formato de Estudio epidemiológico especial, incluye la clave de la CIE 10ª revisión que corresponde a cada padecimiento; la tercera columna presenta la EPI clave con la cual se identifican los padecimientos en el SUAVE; las siguientes doce columnas son para la tabulación por grupos etáreos con subdivisiones por género; la decimosexta columna corresponde a la suma total de los casos por género y la decimoséptima a la suma total de los casos.

3. La tercera parte está destinada para registrar el visto bueno del epidemiólogo y el nombre y la firma del director de la unidad notificante.²⁵

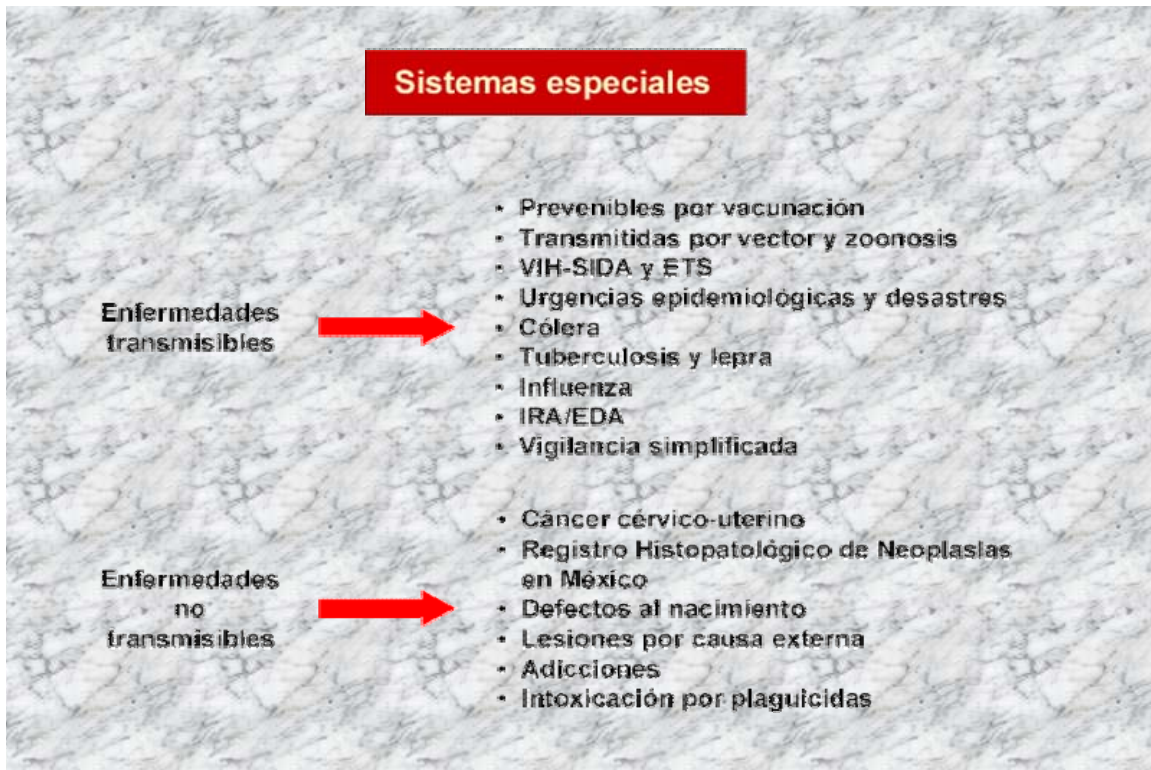
4.5.1. Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica

Existen padecimientos que por su magnitud, trascendencia, características o la gravedad de los daños que producen en la población, o bien por compromisos institucionales, son sujetos de la atención especial del SUIVE. Para la vigilancia epidemiológica de estas enfermedades se han puesto en práctica procedimientos especiales en la forma de realizar la Vigilancia Epidemiológica, frecuentemente requieren estrategias específicas de operación.

Estos sistemas son operados en coordinación con los programas sustantivos que integran los esfuerzos de los niveles e instituciones necesarios para su atención y se pueden clasificar de la siguiente manera: Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Enfermedades Transmitidas por Vector, VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, Tuberculosis y Lepra, Influenza, Intoxicación por Plaguicidas, IRA/EDA, Vigilancia Simplificada, Urgencias Epidemiológicas y Desastres, Programa de Prevención y Control del Cólera, Cáncer Cérvico-uterino, el Registro Histopatológico de Neoplasias en México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de los Defectos al Nacimiento, el de Lesiones por Causa Externa y el de las Adicciones.²⁶

En el siguiente cuadro se describen los padecimientos que se deben reportar como sistemas especiales.

25 Manual de procedimientos Para la Notificación de los Casos Nuevos de Enfermedades SSA México 2006 pp 24



4.6. Fundamentos de Epidemiología.

Epidemiología. Estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en la población humana.

4.6.1. Propósitos de la Epidemiología.

Conocer las causas determinantes y coadyuvantes de la salud, la enfermedad, los defectos, la incapacidad y la muerte en la población.

Explicar los mecanismos que intervienen en estos procesos.

Fundamentar procedimientos administrativos y técnicas para controlar o erradicar las enfermedades, para proteger la salud y valorar la eficiencia de esos procedimientos.

Contribuir a la ampliación de los conocimientos sobre salud, enfermedad, incapacidad y muerte. ²⁷

27 S.D.N. Manual de Aspectos Técnicos de Enfermería, México 1999, pp 385

4.6.2. Perfil Epidemiológico

La práctica de la epidemiología requiere de una permanente observación de los cambios presentados en la comunidad, así como de aquellos que modifiquen el entorno donde habitan. Esto permite explicar el cuándo, el donde y en quiénes se presentan los fenómenos que alteran la salud.²⁸

El estudio del estado del proceso salud-enfermedad en la población y la metodología empleada para desarrollar el perfil epidemiológico esta basada en la observación y el registro de los eventos, para que se puedan utilizar varias fuentes de información de cualquier registro donde se obtengan datos es muy importante considerar variables epidemiológicas.²⁹

4.6.3. Epidemiología de los padecimientos reportados con más frecuencia en el Informe Semanal de los Casos Nuevos de Enfermedades.

4.6.3.1. Infecciones Respiratorias Agudas.

Ocupan en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años. Se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos.

El 99% de los casos que se notifican afectan vías respiratorias superiores y solamente el 1% a vías respiratorias inferiores, como la neumonía y bronconeumonía.³⁰

28 ÁLVAREZ, Rafael Salud Pública y Medicina Preventiva. México. Ed. Manual Moderno 2002. pp. 105

29 Malagón Gustavo. Op. Cit. pp. 560

30 NOM.024-SSA2-1994, México pp.1

4.6.3.2. Enfermedades Diarreicas Agudas.

Identificación del caso.- Su presencia es a cualquier edad, aunque es más frecuente y reviste mayor gravedad en niños menores de cinco años. Se adquieren generalmente por vía oral y la característica principal es el incremento de evacuaciones intestinales y la consistencia disminuida.³¹

4.6.3.3 Rabia Humana

La rabia es una zoonosis de los mamíferos causada por un rhabdovirus (virus de la rabia), que se transmite al hombre por la saliva de animales infectados, a partir de una mordedura, rasguño o de una lamedura sobre mucosa o piel con solución de continuidad este padecimiento es controlable y prevenible mediante acciones conjuntas de los sectores público, social y privado, ofreciendo información educativa al respecto en función de una vigilancia epidemiológica eficaz, la atención médica oportuna y adecuada, la vacunación y el control de la población canina, el control de la población del murciélago hematófago (vampiro) y la vacunación de animales de otras especies domésticas susceptibles, particularmente las de interés económico en riesgo.³²

4.6.3.4 Lesiones por causa Externa

Los daños físicos producidos al organismo por lesiones accidentales o intencionales, son un problema de salud pública que cada año ocupa los primeros lugares en los índices de mortalidad y discapacidad en todo el mundo. En México la tendencia ascendente de este tipo de aflicciones es cada vez más importante, ya que en 1993 (según el anuario estadístico de la Secretaría de Salud), se atendió al 6.22% del total de sujetos atendidos de manera urgente en las salas de emergencia de los hospitales, como consecuencia de accidentes imprudenciales o intencionales, lo cual significa que recibieron cuidados médicos de urgencia poco más de seiscientos mil sujetos por estas causas.³³

En el apartado de anexos se encuentra el formato utilizado para realizar el reporte de las Lesiones por causa Externa.

31 Norma Técnica número 35 para la prevención y control de las enfermedades diarreicas en la Atención Primaria a la Salud, SSA; México pp. 1

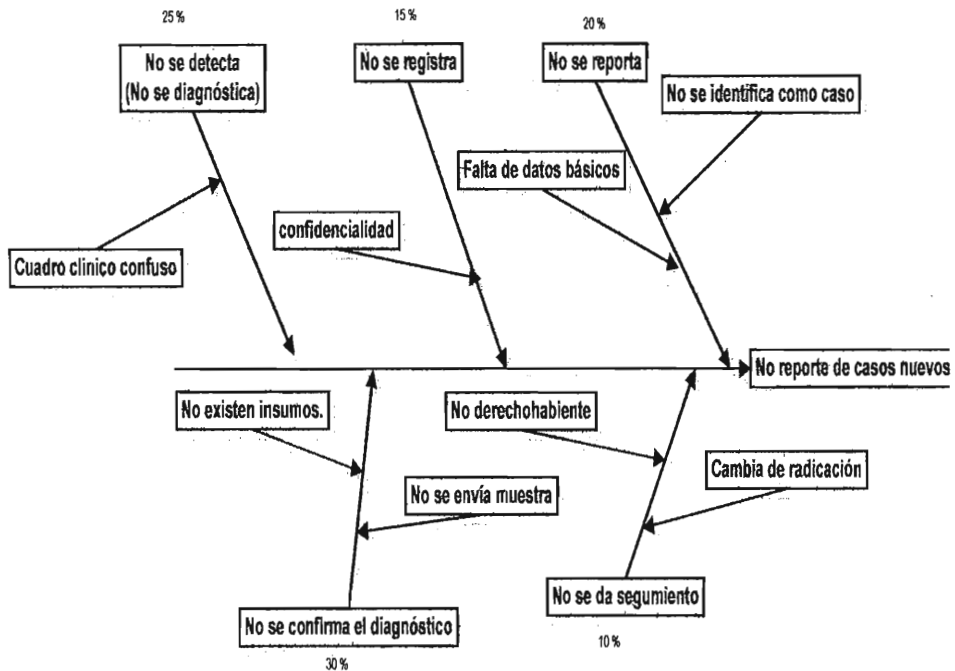
32 NOM-011-SSA2-1993 Para la prevención y control de la Rabia pp. 1

33 Manual de Procedimientos para la Vigilancia Epidemiologica de la Lesiones por causa Externa. SSA. 1999, México pp. 1

CAPÍTULO 4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LAS ACTIVIDADES RELATIVAS A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En el capítulo se materializará el diagnóstico situacional, del servicio de Medicina Preventiva, el cual realiza las funciones de epidemiología a partir de la notificación de los casos nuevos de enfermedad.

4.1. A fin de ilustrar la situación problema, respecto a los factores que intervienen en la notificación del informe semanal de casos nuevos de enfermedad, se utiliza el diagrama de Ishikawa.



4.2. Desarrollo del esquema con los principales problemas observados en la notificación de los casos nuevos de enfermedades.

4.2.1. No se detecta. (25 %). La falta de detección de los casos nuevos de enfermedades, puede ser por características propias de los padecimientos ya que en algunas ocasiones la forma como se manifiestan las enfermedades pueden pasar por etapas similares que no permitan diferenciarlas.

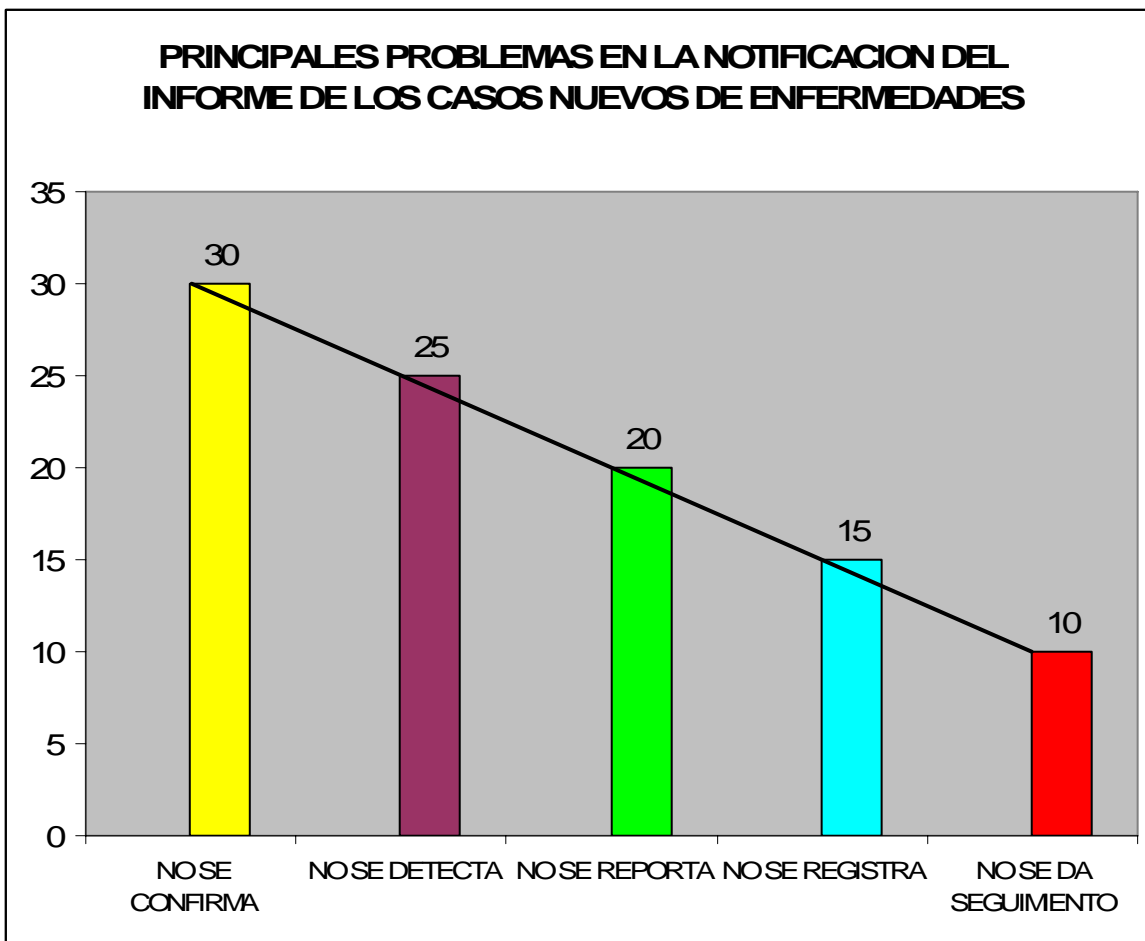
4.2.2. Ausencia de registro (15 %). El paciente tiene derecho a que toda información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulge más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se le haya sujetado de manera voluntaria.

4.2.3 No se reporta (20%).La ausencia de datos requeridos en los formatos establecidos para el reporte de los casos nuevos de enfermedades, es determinante para realizar dicho informe, a sí mismo establecer otro diagnóstico que no se considere caso nuevo de enfermedad.

4.1.4 No se confirma el diagnóstico (30%). Existen determinados padecimientos que requieren el apoyo del laboratorio para confirmar o descartar la enfermedad, si no existen los insumos necesarios, la notificación se dificulta, otro factor importante es remitir en forma correcta las muestras al laboratorio de análisis correspondiente.

4.1.5. No se da seguimiento (10%). Si no existe coordinación establecida con las instituciones que integran el sector salud, no se podrá estar en posibilidades de orientar a los usuarios que ya no sean derechohabientes de la institución, lo cual repercutiría en su tratamiento y seguimiento.

4.2. El siguiente Diagrama de Pareto ilustra los principales problemas identificados para la notificación de los casos nuevos d enfermedades.



4.2. Enseguida se presenta el análisis F.O.D.A, relacionada a la notificación del informe semanal de los casos nuevos de enfermedades.

	OPORTUNIDADES:	AMENAZAS:
<p>FORTALEZAS:</p> <p>Red de cómputo (Hospital sin papel.)</p> <p>Programa de Capacitación en servicio.</p> <p>Favorable respuesta por parte de la alta dirección</p>	<p>Mejorar la red hospitalaria.</p> <p>Coordinación establecida con la Jurisdicción sanitaria Zumpango</p> <p>Mejorar la elaboración del diagnóstico situacional de las actividades de vigilancia epidemiológica</p> <p>Planear y ejecutar programas preventivos en materia de salud.</p> <p>Integrar una agenda de citas para casos de vigilancia epidemiológica en la red de cómputo.</p> <p>Realizar curso taller de vigilancia epidemiológica con énfasis en el manejo del Sistema Automatizado de Vigilancia Epidemiológica</p> <p>El establecimiento y ejecución de programas preventivos, disminuirá, la atención por enfermedades complicadas y con ello la disminución de gastos en salud</p>	<p>Perder la continuidad en las actividades de seguimiento de los casos sujetos a vigilancia epidemiológica por no ser derechohabientes.</p> <p>No cumplir con las metas establecidas en los indicadores de la vigilancia epidemiológica</p> <p>Referir las pacientes civiles a la unidad médica de su localidad.</p> <p>Tomar decisiones erróneas en base a falsas estadísticas.</p>
<p>DEBILIDADES:</p> <p>Equipo de salud no involucrado</p> <p>Excesiva carga laboral</p> <p>Falta de apoyos de estudios de laboratorio, para confirmar diagnósticos.</p> <p>Falta de conocimiento respecto a los formatos para casos de los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica</p> <p>Falta de conocimiento del los padecimientos de notificación inmediata.</p>	<p>Otorgar reconocimiento al personal que integra el equipo de salud por colaborar en la participación del proceso de mejora continua para el reporte del informe semanal de casos nuevos de enfermedades.</p> <p>Identificar los laboratorios que puedan apoyar para la elaboración de los estudios que permitan confirmar o descartar los casos nuevos de enfermedades respectivos.</p> <p>Configurar los formatos de los sistemas especiales en la agenda de vigilancia epidemiológica, de la red de cómputo hospital sin papel.</p> <p>Grabar en una página de la red hospital sin papel el formato del informe semanal de casos nuevos de enfermedades,</p>	<p>Dar a conocer los resultados obtenidos respecto a los indicadores de evaluación a los miembros del equipo de salud, con el propósito de superarlas en caso de obtener malos resultados.</p> <p>Disminuir el prestigio de la institución con relación a otras unidades de atención médica por no cumplir los indicadores mínimos aceptados de evaluación.</p> <p>Retraso en el llenado de los formatos para los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica.</p>

4.3. PROCEDIMIENTO ACTUAL DE NOTIFICACIÓN DE LOS CASOS NUEVOS DE ENFERMEDAD EN LA ENFERMERÍA MILITAR DE SANTA LUCÍA.

Al iniciar el año se debe establecer coordinación con la jurisdicción sanitaria de zumpango, a fin de obtener el calendario epidemiológico del año que inicia, para realizar el corte de la información de acuerdo a las semanas epidemiológicas establecidas en el calendario mencionado.

Cada día sábado el personal que labora en el servicio de medicina preventiva revisa los diagnósticos establecidos durante la semana, considerando, los servios de urgencias y la consulta externa, se debe utilizar el formato suive-1-2004, ubicando las enfermedades en base al grupo. edad y sexo, en caso de detectar un diagnostico sujeto a estudio epidemiológico se debe identificar que tipo de formulario le corresponde, considerar los que se mencionan a continuación.

Estudio epidemiológico de caso suive-2-2000.

Formato de lesiones por causa externa.

En relación al informe semanal de casos nuevos de enfermedades, se entrega los días lunes de cada semana a la jurisdicción sanitaria de zumpango.

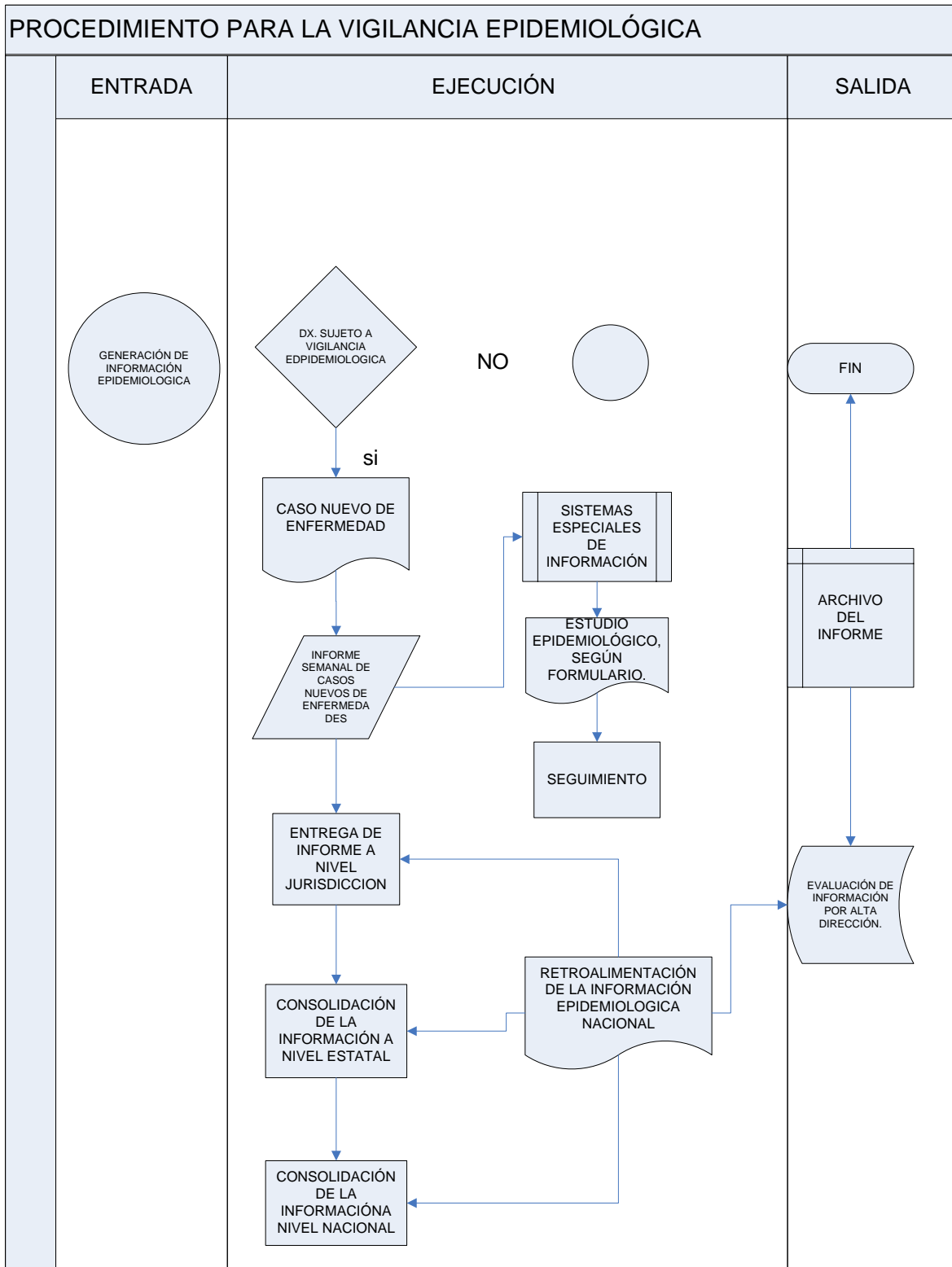
La jurisdicción sanitaria zumpango, realiza la captura de la información y la remite a la secretaría de salud del Estado de México.

La secretaría de salud del estado de México, consolida esta información para enviarla a la dirección general de epidemiología.

La dirección general de epidemiología, consolida la información del país, iniciando así la retroalimentación de la información.

Toda la información es archivada de acuerdo a su clasificación.

4.4. DIAGRAMA DEL PROCESO.



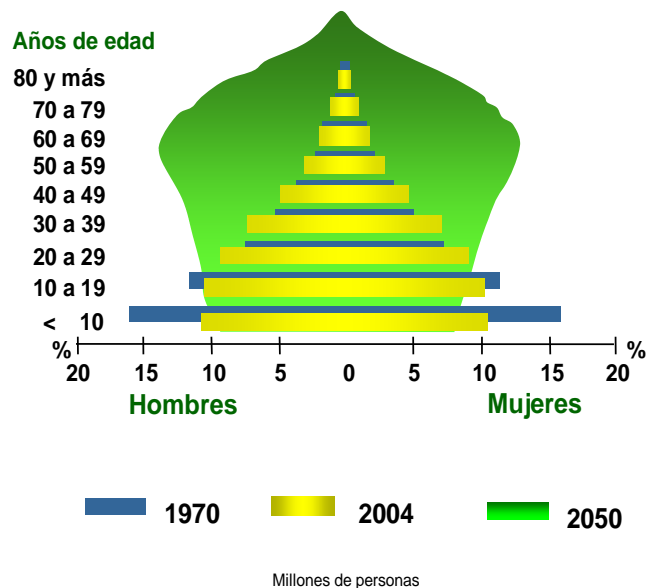
4.5. Transición Epidemiológica

Los cambios que se presentan en la población es determinante para la presencia o incremento de las enfermedades, los hábitos alimentarios, la esperanza de vida al nacer, la actual vida sedentaria, entre otros son factores que se deben considerar para estar preparados y hacer frente a las necesidades de los usuarios de los servicios de salud.

En las siguientes dos gráficas se ilustra el envejecimiento de la población, lo cual nos permite prever la prioridad de la elaboración de programas dirigidos a los adultos mayores.

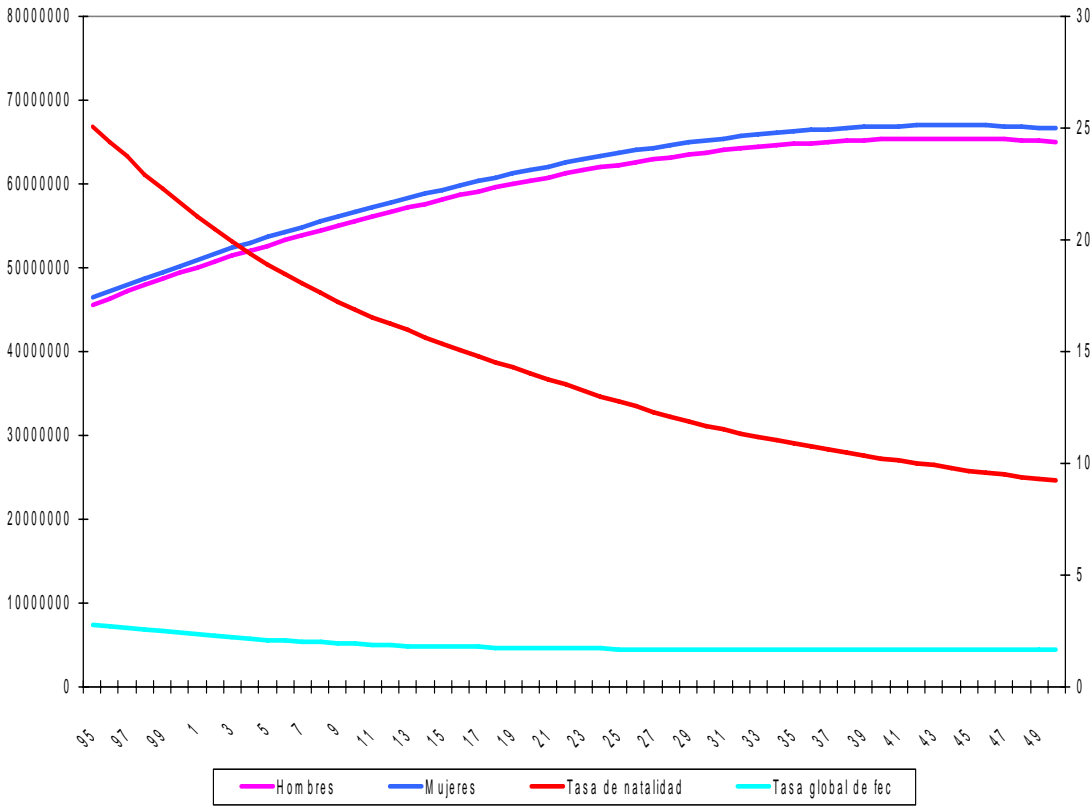
Transición demográfica

El envejecimiento de la población en México



Fuente: Estimaciones de población de Conapo 2000.

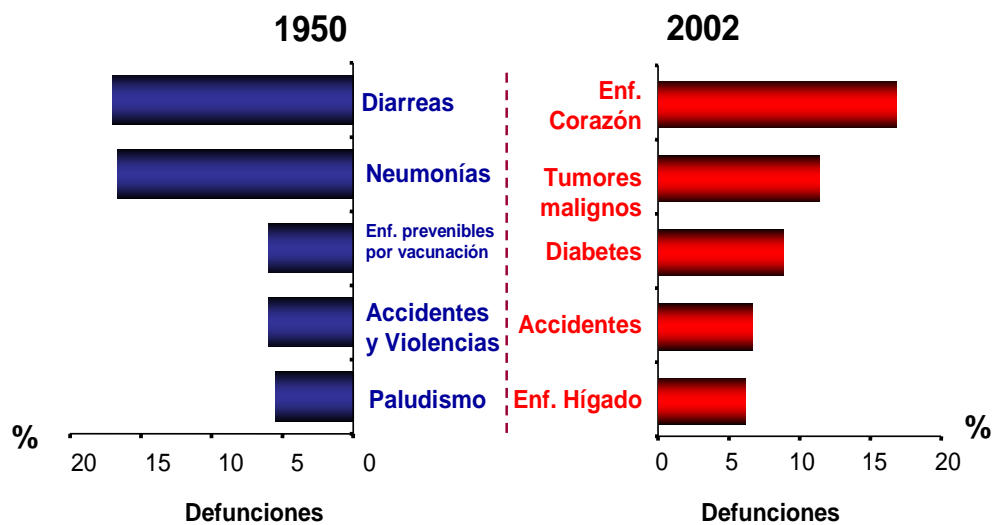
Crecimiento poblacional en México 1995 - 2050



La siguiente gráfica demuestra la modificación de las causas más frecuentes de enfermedades durante el transcurso de los años

Transición epidemiológica

Cambios en la distribución de las principales causas de mortalidad general



Fuente: INEGI/DGEI-CENAVECE./SALUD

CAPÍTULO 5. PROPUESTA DEL PROCESO PARA LA MEJORA CONTINUA EN LA NOTIFICACIÓN DEL INFORME SEMANAL DE LOS CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES.

Este capítulo propone un proceso de mejora continua, en la detección, notificación y seguimiento del informe semanal de los casos nuevos de enfermedad, con base en el ciclo de Deming.

HOJA DE FORMALIZACIÓN			
CLAVE DEL ÁREA: V.E.			
DÍA	MES	AÑO	
05	AGO.	2006	
ÁMBITO DE APLICACIÓN: ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCÍA, EDO. MEX.			
REVISADO POR:		SELLO DE CONTROL DEL DOCUMENTO	
<p>_____</p> <p>CORONEL M.C. JUAN FCO. HERNÁNDEZ FRANCO. SUBDIRECTOR</p>			
APROBADO POR:			
<p>_____</p> <p>GRAL BGDA.M.C. VÍCTOR MANUEL RICO JAIME DIRECTOR ENFRÍA.</p>			
VIGENCIA: 05 DE AGOSTO DE 2006 AL 05 DE AGO DE 2007.			
OBSERVACIONES:			
CRÉDITOS: CAP. 2º ENFRA. VERÓNICA GASCA MARTINÓN.		JEFE DE MEDICINA PREVENTIVA.	

5.1. Planeación

Con la finalidad de fomentar la participación del personal de salud en la identificación y notificación de los casos nuevos de enfermedad y los padecimientos considerados en los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica, se establecerá el siguiente procedimiento.

5.1.1 Programarán conferencias educativas dirigidas al personal, en coordinación con el departamento de enseñanza, con temas relacionados a la vigilancia epidemiológica.

5.1.2 Establecer coordinación con la jurisdicción Zumpango a fin de saber cuando se realiza capacitación a la Secretaría de Salud del estado de México con sede en la ciudad de Toluca, en aspectos del manejo del SUIVE.

5.1.3. Integrar una carpeta educativa con material de enseñanza relacionado a la vigilancia epidemiológica, la cual incluirá los formularios de uso más frecuente.

5.1.4. Convocar a la integración de un Comité de Vigilancia Epidemiológica, con el propósito de sesionar así como dar las recomendaciones, seguimiento y evaluación adecuada.

5.2. Ejecución.

A continuación se describe el procedimiento de la notificación de los casos nuevos de enfermedades.

La recolección de información se inicia a partir de los datos almacenados en el Programa Informático Hospital Sin Papel; la Notificación Semanal de Casos Nuevos depende del correcto llenado de ésta ya que proporciona elementos esenciales: edad y género del paciente, si se trata de un caso nuevo o bien de uno subsecuente, así como la impresión diagnóstica.

El médico responsable de la atención proporcionada, deberá revisar la impresión diagnóstica de cada día y anotar en el formato SUIVE-1 el padecimiento por grupo de edad y género. Los casos subsecuentes no son motivo de registro en la notificación semanal.

Los diagnósticos de interés epidemiológico marcados con actividad adicional de vigilancia epidemiológica, servirán para que el médico tratante haga la primera toma de decisiones, entre otras notificar a la jurisdicción sanitaria para que se realicen las actividades de campo necesarias.

El formato SUIVE-1 deberá hacerse llegar al nivel superior inmediato a más tardar el lunes de cada semana, los datos correspondientes a la semana epidemiológica respectiva.

La entrega oportuna es un elemento de evaluación de la operación de la Notificación Semanal de Casos Nuevos.

Si por alguna razón no se envía la información en la semana correspondiente, ésta deberá hacerse llegar lo más pronto posible, y si no se informa la totalidad de casos nuevos sujetos a vigilancia, la información deberá enviarse en otro formato SUIVE-1 en donde se señale de forma clara a qué semana corresponde; esta información será considerada extemporánea y deberá ser incluida también en la base de datos de la unidad de origen, su registro tendrá que corresponder a la fecha calendario original.

Conservar las fechas correctas de la semana epidemiológica permitirá que las inferencias que se hagan de la información sean de esa fecha calendario.

La Notificación Semanal de Casos Nuevos depende del correcto llenado del informe ya que es una información muy importante.

El Servicio de Medicina Preventiva o el personal de informática, deberán reunir los informes diarios de consulta externa por semana, verificar la semana epidemiológica a que corresponden, revisar la impresión diagnóstica de cada día y anotar en el formato SUIVE-1, en el renglón correspondiente al padecimiento, grupo de edad y género del caso nuevo.

Los diagnósticos de interés epidemiológico marcados con actividad adicional de vigilancia epidemiológica, servirán para apoyar la primera toma de decisiones; en este caso, el epidemiólogo del hospital además de llenar el formato, deberá notificar a la jurisdicción sanitaria para que se realicen las actividades de campo necesarias.

El área de epidemiología de la jurisdicción sanitaria deberá recibir de manera oportuna el día martes siguiente de la semana que originó la información, los formatos SUIVE-1 de todas las unidades médicas y hospitales del Sector Salud de su responsabilidad según su ámbito de competencia.

Es en este escenario donde la Notificación Semanal de Casos Nuevos pasa de ser un proceso manual a uno automatizado

Todas las jurisdicciones sanitarias al igual que todas las instituciones utilizan el SUAVE para capturar, concentrar y analizar la información.

Una vez realizada la captura, el epidemiólogo deberá revisar, validar y analizar la información con los parámetros que el propio SUAVE ofrece (análisis de riesgos, canal endémico, comparación con cifras del año anterior, etc.) y compartir los hallazgos con el jefe de la jurisdicción sanitaria y los responsables de los programas de prevención y promoción de la salud. Esto permite la segunda toma de decisiones.

Es de particular interés el hecho de mantener actualizado el catálogo de unidades médicas y hospitalarias de la jurisdicción para cada institución allí representada, ya que este dato permitirá identificar el porcentaje de unidades que cumplen oportunamente con la notificación.

En caso de recibir la información de las unidades médicas o de los hospitales en forma magnética, deberá integrarla a la propia para obtener una sola base de datos.

Una vez que el jefe de la jurisdicción esté enterado del panorama epidemiológico hasta ahora construido con la información, la base de datos Epi-Morbi deberá ser enviada al nivel estatal a más tardar el viernes de la misma semana que la jurisdicción la recibió.

La entrega oportuna es un elemento de evaluación de la operación de la Notificación Semanal de Casos Nuevos

Si la jurisdicción sanitaria identifica que alguna unidad médica u hospitalaria no envía su información en la semana correspondiente o no informa la totalidad de casos nuevos sujetos a vigilancia, ésta será considerada extemporánea y deberá ser incluida en la base Jurisdicción sanitaria de datos de la unidad de origen, su registro tendrá que corresponder a la fecha calendario original.

El área de epidemiología del nivel estatal de la Secretaría de Salud, deberá recibir la información procedente de las jurisdicciones sanitarias de su responsabilidad a más tardar el viernes de la semana siguiente a la que se informa.

En caso de que la recepción se realiza en tiempo y forma será considerada oportuna y utilizada para la evaluación de la operación de la Notificación Semanal de Casos Nuevos.

La base de datos deberá ser revisada, validada y analizada de acuerdo con los parámetros que el propio SUAVE ofrece (análisis de riesgos, canal endémico, comparación con cifras del año anterior, etc.).

El responsable del área de epidemiología deberá compartir los hallazgos con el Director de Servicios de Salud y con los titulares de los programas de prevención y promoción de la salud del estado. La información obtenida apoya la tercera toma de decisiones.

Es de particular interés el hecho de mantener actualizado el catálogo de unidades médicas y hospitalarias de la entidad para cada institución allí representada, ya que este dato permitirá identificar el porcentaje de unidades que cumplen oportunamente con la notificación.

El responsable del área de epidemiología en el estado deberá enviar la base de datos vía Internet a la Dirección de Información Epidemiológica de la DGE, a más tardar el siguiente miércoles con respecto a la semana en que fue recibida por el área estatal de epidemiología.

Para que la recepción sea considerada oportuna deberá recibirse antes de las 10:30 horas

La Dirección de Información Epidemiológica de la DGE deberá recibir vía correo electrónico, a más tardar los miércoles antes de las 10:30 horas tiempo del centro, la base de datos Epi-Morbi de dos semanas previas.

Si la recepción se realiza en tiempo y forma será considerada oportuna y utilizada para la evaluación de la operación de la Notificación Semanal de Casos Nuevos

El Departamento de Procesamiento de Información Epidemiológica de la Dirección de Información Epidemiológica deberá realizar la revisión y validación de la base de datos Epi-Morbi de cada entidad federativa.

En caso de encontrar inconsistencias solicitará a la entidad la aclaración correspondiente; así como la base de datos corregida.

Una vez que todas las áreas involucradas han validado la información se puede proceder a su difusión, ésta se realiza tanto de manera electrónica como impresa.

La Dirección de Información Epidemiológica envía de manera electrónica las bases de datos correspondientes a cada uno de los responsables de los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica de la DGE y a los responsables de los programas de prevención y promoción de la salud del nivel federal.

Lo anterior contribuye para la cuarta toma de decisiones.

Los datos que arroja el proceso de Notificación Semanal de Casos Nuevos sustentan la difusión del actual Boletín Epidemiología en sus modalidades semanal, mensual y trimestral, así como del Anuario de Morbilidad. Publicaciones que tienen como finalidad informar tanto el avance como el resultado anual de la vigilancia epidemiológica que se ha llevado a cabo en todo el país.

Cada semana el resultado del análisis realizado a la información obtenida en los diferentes niveles del Sector Salud se difunde entre los responsables de las unidades administrativas y los titulares de los programas de prevención y promoción de la salud.

Una vez validada la información, los resultados se publican en el Boletín Epidemiología, medio oficial de difusión del CONAVE, en su versión electrónica e impresa.

En caso de que exista un error o se tengan que verificar los datos, la DGE optará por conservar las cifras de la semana anterior para dar tiempo a la entidad de Verificar y confirmar la información, de esta forma se evita publicar cifras incorrectas que puedan confundir a la población usuaria.

Además de lo señalado, en la jurisdicción sanitaria y con el uso del SUAVE se puede generar un boletín local, el SUAVE, permite reemplazar en sus cuadros la columna de entidad federativa por los nombres de los municipios o regiones; para el caso del nivel estatal puede reemplazarse por las jurisdicciones sanitarias que integran la entidad.

En el ámbito nacional, de manera semanal (ya sea impreso o electrónico) se edita el Boletín Epidemiología en sus tres versiones, semanal, mensual y trimestral, la diferencia entre éstos es el tipo de información. En los tres casos se presentan los padecimientos transmisibles; en la edición mensual se agregan padecimientos no transmisibles; y en la versión trimestral se agregan algunos indicadores o información de sistemas especiales de vigilancia epidemiológica o programas de prevención y promoción de la salud.

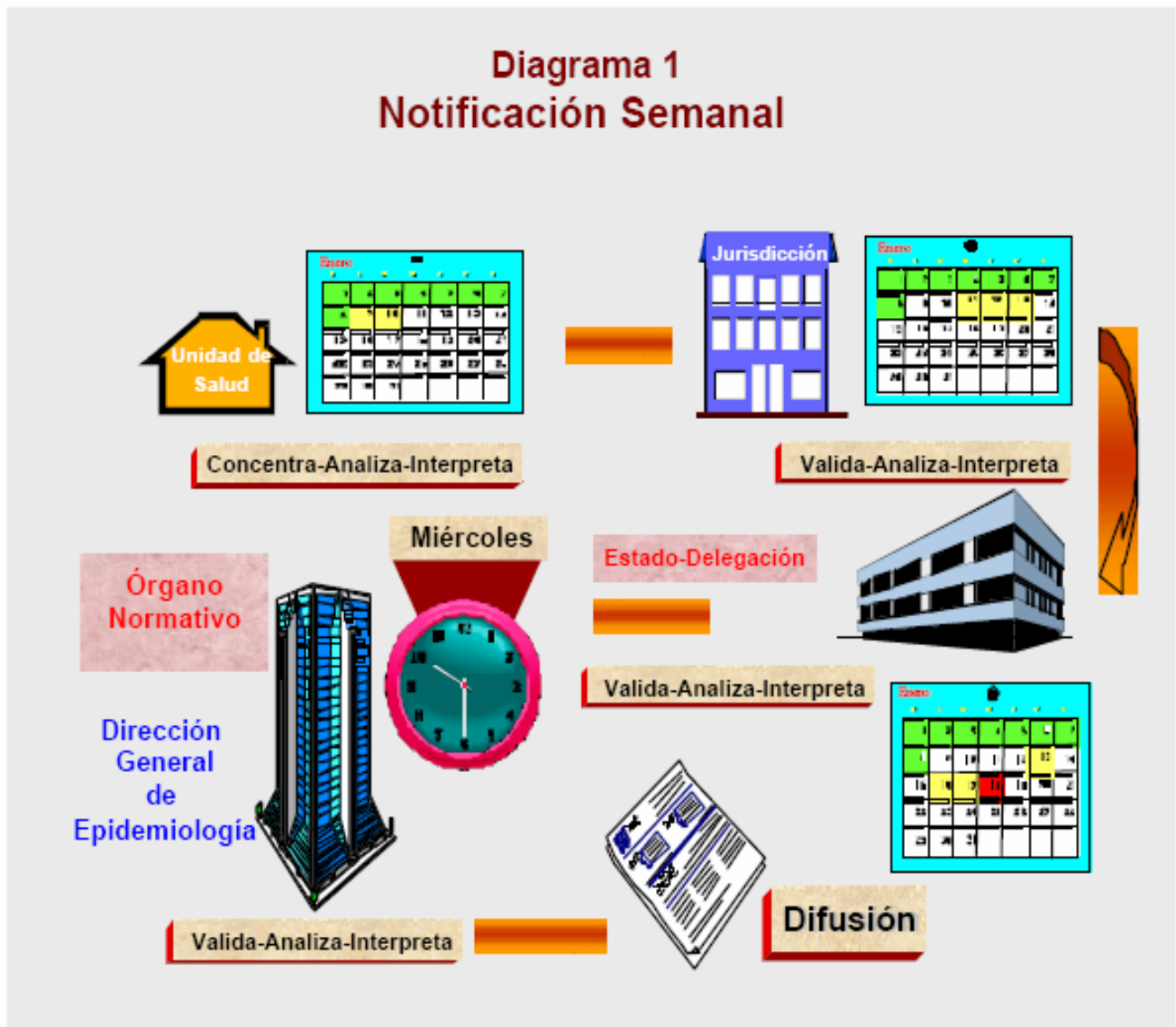
La versión electrónica puede consultarse en la página web de la DGE, www.dgepi.salud.gob.mx, en el apartado de "Información epidemiológica", todos los lunes es actualizada y se conserva el histórico para favorecer la consulta de los usuarios.

La información generada a lo largo de cada año es validada por el epidemiólogo de cada institución y estado; ésta se integra durante el primer trimestre del año que le sigue para la publicación del Anuario de Morbilidad, documento que incluye la información de la Notificación Semanal de Casos Nuevos y de los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica.

La validación de la información se realiza conjuntamente con todas las instituciones del Sector Salud.

La edición del documento se hace difusión de la información en impreso y por medios electrónicos. Esto último puede ser en disco compacto o en la página web de la DGE, www.dgepi.salud.gob.mx, en la opción de "Información Epidemiológica" se presenta el compendio de anuarios desde 1984.

El siguiente esquema demuestra el procedimiento del informe semanal del informe de la notificación de los casos nuevos de enfermedades.



5.3. Evaluación.

Este proceso se actualizará cada año, debiendo considerar la normatividad vigente o en caso de recibir lineamientos diferentes por parte de las autoridades sanitarias, especialmente ante la presencia de algún evento nuevo emergente.

La evaluación de la operación del sistema se realiza mediante los indicadores de:

- Cumplimiento
- Cobertura oportuna y
- Consistencia

Estos indicadores se aplican para cada entidad e institución.

5.3.1. Cumplimiento

Mide el porcentaje de semanas epidemiológicas entregadas en el tiempo establecido por el calendario epidemiológico normado, del total de semanas transcurridas en el año por unidad médica, jurisdicción o estado; sin tomar en cuenta el número de unidades y el volumen de diagnósticos de cada jurisdicción y/o estado.

Actualmente el porcentaje aceptado para valorar satisfactoriamente este indicador es de 98%.

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Número de semanas notificadas oportunamente}}{\text{Número total de semanas transcurridas en el año}} \times 100$$

5.3.2. Cobertura Oportuna

Mide el porcentaje de unidades médicas que notifican con oportunidad semanal los casos nuevos de enfermedad sujetos a vigilancia epidemiológica del total de unidades que el Sector Salud tiene dadas de alta en el catálogo de unidades del SUAVE de la jurisdicción, estado o en el ámbito nacional.

El porcentaje mínimo aceptado, establecido por el CONAVE, es de 84%.

$$\text{Cobertura Oportuna} = \frac{\text{Número de unidades que reportan cada semana}}{\text{Número de unidades en el catálogo SUAVE}} \times 100$$

5.3.3. Consistencia.

Analiza el volumen de diagnósticos notificados oportunamente por semana epidemiológica durante el año corriente.

El indicador nos permite medir la cantidad de semanas en donde el volumen de diagnósticos se comporta de manera estable.

Consistencia =	Número de semanas consistentes	X 100
	Total de Semanas esperadas	

CONCLUSIONES

La notificación de los casos nuevos de enfermedades es un proceso muy importante en el cual participan diferentes elementos tales como el Médico, encargado de proporcionar la atención, el personal que desempeña funciones administrativas de registros y capturas de los diagnósticos establecidos durante las consultas médicas, el epidemiólogo que recolecta captura, analiza y da seguimiento a la información utilizándola como un valiosa herramienta para la toma de decisiones en materia de prevención, las autoridades estatales de salud y hasta llegar al nivel nacional, lo cual permite consolidar el panorama general d en los aspectos más sobresalientes relacionadas a la salud de los mexicanos. Conocer este proceso y participar activamente en el desarrollo de este, en el ámbito que corresponde a cada integrante del equipo de salud, contribuirá a la obtención de mejores resultados.

Las estadísticas en salud están sujetas a ser vulnerables tanto en su registro como en la publicación, en la medida que existan datos más confiables contribuiremos a consolidar el panorama epidemiológico nacional con mayor precisión, para poder enfrentar de manera oportuna las enfermedades que emergen y se puedan convertir en pandemias difíciles de controlar, la elaboración de este trabajo permite conocer el papel tan importante que juega la Notificación Semanal de Casos Nuevos de enfermedades, identificar su ubicación dentro del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. En virtud de que es muy frecuente observar que la elaboración de informes estadísticos en salud no se elaboran de manera correcta, por lo cual es indispensable contar con herramientas administrativas que mejoren este tipo de procedimientos.

Este trabajo se convertirá en una guía para todo aquel que maneje o quiera conocer cómo se procesa la información epidemiológica de todos los padecimientos que son de notificación obligatoria, según lo señala la Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica, ya que explica paso a paso desde la generación primaria de los datos hasta cómo éstos se transforman en información útil para la toma de decisiones en los diferentes escenarios en que el proceso de notificación toma lugar.

Después de la elaboración de este trabajo de investigación se concluye que sí se logró el objetivo y la hipótesis planteados ya que el conocimiento y mejoramiento del proceso de notificación del informe semanal de casos nuevos de enfermedades permitirá contar con información en materia de salud veraz y oportuna para la toma de decisiones en beneficio de los usuarios.

Además del logro del cumplimiento de la hipótesis y el objetivo señalados, un éxito adicional fue el hecho de haber llegado a implementar una agenda electrónica, con el apoyo del uso de la red informática Hospital sin Papel implantada en la Enfermería Militar de Santa Lucía la cual facilitará la comunicación entre los médicos que detecten un padecimientos sujeto a Vigilancia epidemiológica y el personal de medicina preventiva quienes realizarán el seguimiento de los pacientes con los padecimientos mencionados., también permitirá realizar la detección oportuna para notificar los padecimientos dentro del plazo señalado, así como permitirá tener al alcance la totalidad de los datos requeridos en los diferentes formularios establecidos para los padecimientos como es el caso de los sistemas especiales de vigilancia epidemiologica, el éxito de este resultado estuvo muy relacionado por la participación activa de la alta dirección de la enfermería señalada; se espera que en un futuro se haga extensiva este tipo de medidas en todos los servicios del servicio de sanidad militar del país para convertirnos en líder por excelencia en la notificación de los casos nuevos de enfermedades.

Por ultimo se resalta la importancia que tiene el identificar la transición epidemiológica en el ámbito nacional y la manera como se involucra la Secretaría de la Defensa Nacional en el Sector Salud. Con la finalidad de identificar estrategias para el diseño de los programas en materia de prevención, ya que existe mayor comunicación e intercambio de conocimientos con otras instituciones de salud.

El crecimiento de la población general con el paso de los años ha cambiado el rumbo de la implantación de los programas prioritarios en salud, la próxima reducción de población infantil en México y el incremento de la población adulta en plenitud es un gran reto que se debe afrontar con el diseño de estrategias dinámicas y productivas de otra manera cada vez será mas difícil la atención medica curativa y con ello el incremento de los gastos de los hospitales de alta especialidad y la mala calidad de vida para este tipo de personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo Secretarial 130. Diario Oficial de la Federación. Tomo DIV, núm. 4, México, 6 de septiembre, 1995.
2. Casos Nuevos de enfermedad Acumulados hasta la semana epidemiológica Numero 52, 2005
3. *Censo de población Militar de la Dirección General de Sanidad Militar. 2005*
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4, 5ª edición, editorial McGraw-Hill, pp 4-5, México, julio de 1997.
5. Diagnóstico Situacional de la Enfermería Militar de Santa Lucía, Méx. 2005,
6. Hernán San Martín Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas p.1002, 1995
7. Ley General de Salud. Título octavo, editorial Sista, pp 43-49, México D.F. 1994.
8. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal artículo 28, 2003
9. Ley Orgánica del Ejercito y Fuerza Aérea Mexicanos:Artículo 68, (Fracción VIII).
10. Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. (Titulo Segundo, Cap. 1º. Art. 16, Fracción XXI, XXII), 2004
11. Manual de vigilancia epidemiologica SSA.www.gob. mx., 2000
12. Malagón Londoñ Garantía de Calidad en Salud P.560, 1999
13. Manual de Procedimientos Para la Notificación de los Casos Nuevos de Enfermedades SSA. Junio 2006 . PROY-NOM-045-SSA2
14. Manual de Aspectos Técnicos de Enfermería S.D.N. P.385, 1992
15. Manual de Procedimientos Para la Notificación de las lesiones por causa externa SSA, 2000
16. Modelo de Investigación Operativa de los Servicios de Salud SSA. 2000

- 17.- Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica (NOM-017-SSA2-1994) Diario Oficial de la Federación, tomo CDXCIV, núm.13. México, 17 de noviembre, 1994.

18. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA1-1993, Para la prevención y el control de la rabia.

19. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en atención primaria a la salud.

20. Norma Técnica número 35 para la prevención y control de las enfermedades diarreicas en la Atención Primaria a la Salud, 1995

21. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, México D.F. 2001.

22. Reglamento Interior de la Secretaria de la Defensa Nacional, 1990

23. Protocolo de generación del Reglamento para Usuarios de la Enfermería Militar de Santa Lucía, estado de México, 2006

24. Rafael Álvarez Alva Salud Pública y Medicina Preventiva P.105, 2001

25. OPS. Programa de garantía y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud en América Latina., 2002

26. Sistema para el monitoreo de la Calidad en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II, y III Nivel de Atención. Bogota, 2003. (Artículo).

FORMATO SUVE-1. INFORME SEMANAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES (PÁG. 1)

ANEXOS



SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

Instrucciones: Llene a máquina preferentemente, sólo al escribir en el reverso coloque papel carbón y siga el orden de original y copia, remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve la copia

Unidad: _____ Clave: _____ Semana No. _____ del _____ de _____ de 20 _____ SUVE-1-2004

Localidad: _____ Municipio: _____ Jurisdicción: _____ Entidad o Delegación: _____

Instalación: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 ISSSTE 3 Omas (especificar) 4 IMSS-Oportunidades 5 DIF 6 PEMEX 7 SEDENA 8 SEMAR 9

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																Total		TOTAL								
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59			60 - 64		65 Y >		Ign.			
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F	M	F
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	MENINGITIS TUBERCULOSA (*) A17.8	44																											
	TETANOS (*) A24. A25	05																											
	TETANOS NEONATAL (*) A33	06																											
	DIFTERIA (*) A36	02																											
	TOS FERINA (*) A37	03																											
	SARAMPIÓN (*) A50	07																											
	RUBEOLA (*) B08	32																											
	PANDORA REPECODIDA B26	42																											
	HEPATITIS AGUDA TIPO B (*) B18	38																											
	RUBEOLA CONGENITA (-) P08.0	100																											
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL APARATO DIGESTIVO	COLERA (*) A00	01																											
	FIEBRE TIFOIDEA A23.8	06																											
	PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS A01.1-A02	11																											
	SHIGELOSIS A03	06																											
	INF. INT. POR OTROS ORGANISMOS Y LAS MAL DEFINIDAS A04. A06-A08	08																											
	INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA A05	09																											
	AMEBIASIS INTESTINAL A06.0-A06.2, A06.8	02																											
	GIARDIASIS A07.1	07																											
	OTRAS INF. INT. DEBIDAS A PROTOZOARIOS A07.0, A07.2, A07.9	03																											
	TENIASIS (*) B60	12																											
ASCARIASIS B77	04																												
ENTEROBIASIS B86	10																												
OTRAS HELMINTIASIS B66-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	14																												
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (-) A15-A16	19																											
	OTITIS MEDIA AGUDA H53.0-H53.1	18																											
	FARINGITIS Y NAZOFARINGITIS ESTREPTOCOCCICAS J02.0, J02.4	15																											
	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS J00, J04, J05, J06, J07, J08, J09, J10, J11 excepto J09.0 y J09.9	16																											
	NEUMONIAS Y BRONCOINFECCIONES J12-J18, excepto J18.2	17																											
INFLUENZA (*) J10-J11	30																												

B/G = SIN CÓDIGO * NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASO (+) = HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																Total		TOTAL							
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59			60 - 64		65 Y >		Ign.		
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F	M
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	SIFILIS CONGÉNITA (+) A56	92																										
	SIFILIS ADQUIRIDA (+) A51-A53	26																										
	INFECCIÓN GONOCÓCICA GENTOURINARIA (+) A54.0-A54.2	23																										
	LIPOGRANULOMA VENEREO POR CLAMODIAS A55	24																										
	CHANCRO BLANCO A57	21																										
	TRICOMONIASIS UROGENITAL A59.0	26																										
	HERPES GENITAL (+) A60.0	22																										
	CANDIDIASIS UROGENITAL B57.3-B57.4	20																										
	VIROS DEL PAPILOMA HUMANO (+) 540	101																										
	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR VECTOR	DENGUE CLÁSICO A90	27																									
DENGUE HEMORRÁGICO (***) A91		80																										
FALUDISMO por Plasmodium falciparum (***) B50		76																										
FALUDISMO por Plasmodium vivax B51		26																										
LEISHANIASIS (-) B54		70																										
ENFERMEDAD DE CHAGAS (-) B57		71																										
DRACunculosis (-) B73		66																										
ZOOZOSIS	BRUCELLOSIS (+) A23	26																										
	LEPTOSPIRILLOSIS (+) A27	102																										
	RABIA (***) A82	31																										
	CISTICERCOSIS (+) B99	30																										
	ESCARLATINA A38	34																										
OTRAS ENF. BACTERIANAS	VARICELA B01	33																										
	ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (***) B30	94																										
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	TUBERCULOSIS OTRAS FORMAS (+) A17.1, A17.8, A17.9, A18-A19	45																										
	LEPRA (-) A30	70																										
	HEPATITIS AGUDA TIPO A B15	37																										
	HEPATITIS TIPO C (-) B17.1, B18.0	104																										
	OTRAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS B17.810 excepto B17.1, B18.0	39																										
	SIDA (+) B20-B24	67																										
	CONJUNTIVITIS B30.1-30.9	134																										
	ESCABIOSIS B86	43																										
	MENINGITIS MENINGOCÓCICA (***) A36.0	40																										
	MENINGITIS (-) 000-003 excepto A17.0, A36.0	41																										
	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS N50, N54, N59.0	119																										
	IRRADIACIÓN DE VÍAS URINARIAS (+) B58	66																										
	SINERGICISMO OQUELUCIOSO (***) B5C	96																										
	INFECCIÓN ASINTOMÁTICA POR VIH (+) Z21	59																										

SIC = SIN CÓDIGO *NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASO (**) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

FORMATO SUIVE-1. INFORME SEMANAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES (PÁG. 2)



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

Instrucciones: Llene a máquina preferentemente, sólo al escribir en el reverso coloque papeletón y siga el orden del original y copie, remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve la copia

Unidad: _____ Clave: _____ Semana No. _____ del _____ de _____ at _____ de _____ de 20 _____ SUIVE-1-2004

Localidad: _____ Municipio: _____ Jurisdicción: _____ Entidad o Delegación: _____

nación: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 ISSSTE 3 Otras (especificar) 4 _____ IMSS-Oportunidades 5 DIF 6 PEMEX 7 SEDENA 8 SEMAR 9

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo														Total		TOTAL									
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49			50 - 59		60 - 64		65 Y >		Ign.		
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F	M	F	M
OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	SOCIO ENDEMICO E01	48																										
	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE (tipo 1) E10	127																										
	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE (tipo 2) E11	49																										
	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL F10.1	112																										
	FIEMRE REUMÁTICA AGUDA I00-I02	48																										
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL I10-I15	47																										
	ENF. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN I20-I25	91																										
	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES I60-I67, I69	92																										
	ASMA Y ESTADO ASMÁTICO J45, J46	64																										
	GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL K05	128																										
	ÚLCERAS, GASTRITIS Y DUODENITIS K25-K29	109																										
	ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO K70	111																										
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS T06	87																											
INTOX. POR POZONA DE ANIMALES T83, X21, X23, X27 excluye T83.2	58																											
INTOX. POR PICADURA DE ALACRÁN T83.2, X22	94																											
DESALIMENTACIÓN	DESALIMENTACIÓN LEVE E44.1	114																										
	DESALIMENTACIÓN MODERADA E44.0	115																										
	DESALIMENTACIÓN SEVERA E40-E43	116																										
NEOPLASIAS	TUMOR MALIGNO DE MAMA C50	119																										
	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO C53	97																										
	DISPLASIA CERVICAL LEVE Y MODERADA N87.0-N87.1	117																										
DISPLASIA CERVICAL SEVERA Y CACU IN SITU N87.2, D00	118																											
DEFECTOS AL NACIMIENTO	ENCEFALOCELE Q01	129																										
	ESPIÑA BIFIDA Q05	130																										
	LABIO Y PALADAR HENDIDO Q35-Q37	131																										

S.C = SIN CÓDIGO * NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASO (+) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																		Total	TOTAL						
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59				60 - 64		65 Y >		Ign.	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F	M	F	M	F
ACCIDENTES	QUEMADURAS T20-T32	125																										
	PEATÓN LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE V01-V09	123																										
	ACCIDENTES DE TRANSPORTE EN VEHICULOS CON MOTOR V00-V09, V40-V79	124																										
	MORDEDURAS POR PERRO W54	126																										
	MORDEDURAS POR OTROS MAMIFEROS W55	132																										
	MORDEDURA POR SERPENTE X30	133																										
	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y07.0-Y07.2	122																										
ENFERMEDADES DE INTERÉS LOCAL Y/O REGIONAL																												
OTRAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA																												
SIC = SIN CÓDIGO	* NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASO	(*) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO																										
												Vo. Bo. DEL EPIDEMIOLOGO														NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR		

NOTA: Enfermedades sujetas a notificación inmediata y realizar estudio epidemiológico: Fiebre Amarilla, Peste, Fiebre Recurrente Transmisida por Píopa, Tifo Epidémico, Tifo Murino, Fiebre Manchada, Encefalite Equina Venezolana, Meningitis por *Haemophilus influenzae*, Fiebre del Oeste del Niño, Efectos indeseables de las vacunas y/o sustancias biológicas, Poliomielitis, Meningoencefalitis Arboviral Primaria, Intoxicación por Picadura de Apeji Africana, Urgencias Epidemiológicas y cualquier tipo de Fiebre Hemorrágica. Ante su aparición, estos padecimientos deberán ser incluidos para reporte en la última parte del formato.

**FORMATO SUIVE-2. ESTUDIO
EPIDEMIOLOGICO DE CASO
(PÁG. 1)**

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Estudio epidemiológico de caso



SUIVE-2-2004

I. Identificación de la unidad

Unidad notificante: _____/ Unidad de adscripción: _____/
Clave de la unidad: _____/ Localidad: _____/
Municipio: _____/ Jurisdicción o equivalente: _____/
Entidad o delegación: _____/ Institución: _____/
Fecha de notificación: ___/___/___ Inicio de estudio: ___/___/___ Terminación de estudio: ___/___/___
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año
Diagnóstico probable: _____ Diagnóstico final: _____

II. Identificación del caso

Nombre: _____/ _____/ _____/ _____/
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Número de afiliación o expediente
Sexo: _____/ _____/ Edad: ____/____/____
Masculino Femenino Años Meses Días
Lugar de residencia: _____/ _____/ _____/
Calle y número o lugar de referencia Colonia o localidad
_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Municipio Clave Entidad federativa Clave C.P. Teléfono(s)

III.a. Datos clínicos

Fecha de inicio de signos y síntomas: ___/___/___
Día Mes Año
Signos y síntomas: _____

III.b. Tratamiento

IV. Laboratorio y gabinete

Estudio	Tipo (PR/CF/CI)	Fecha Día/Mes/Año	Resultados

Tipo: PR= Preliminar/CF=Confirmatorio/CI=Control

V. Datos epidemiológicos

(Marque con una X)
Procedencia: Local Importado
Indique el lugar de procedencia para caso importado:
Localidad Municipio Estado _____
Periodo de estancia en esa localidad:
Llegada ___/___/___ Salida ___/___/___
Día Mes Año Día Mes Año
Fuente de infección:
(Marque con una X) Investigada Confirmada
Otra persona Investigada Confirmada
Alimentos
Agua
Fomites
Animales
Otras _____
Mecanismos de transmisión:
(Marque con una X)
Persona a persona
Aérea
Digestiva
Fomites
Vectores
Otras _____

NOTA: Este formato se requiere por cuadruplicado: ORIGINAL para el expediente, UNA COPIA para la jurisdicción sanitaria respectiva y la ÚLTIMA COPIA para la Dirección General de Epidemiología. Llene a máquina preferentemente; sólo al escribir al reverso coloque papel carbon.

VI. Estudio de contactos

Nombre y domicilio	Edad*	Sexo	Contacto**		Caso	
			I	E	Sí	No

FORMATO SUIVE-2. ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO DE CASO
(PÁG. 2)

VII. Acciones y medidas de control

_____ /
 _____ /
 _____ /
 _____ /

VIII. Evolución

	Sí	No	
¿Se restableció íntegramente?	_____	_____	
¿Quedó con secuelas?	_____	_____	Fecha de la defunción
¿Quedó como portador?	_____	_____	____/____/____
¿Se perdió?	_____	_____	Día Mes Año
¿Falleció?	_____	_____	

IX. Prevención y control (En caso afirmativo anote cuántas acciones)

	Sí	No	Número
Pláticas de fomento para la salud	_____	_____	_____ /
Vacunación	_____	_____	_____ /
Tratamientos individuales	_____	_____	_____ /
Tratamientos familiares	_____	_____	_____ /
Cloración	_____	_____	_____ /
Letrinización	_____	_____	_____ /
Otras actividades	_____	_____	_____ /

_____ /
 _____ /

X. Comentarios y conclusiones

_____ /
 _____ /
 _____ /
 _____ /
 _____ /
 _____ /
 _____ /

Fecha de envío al nivel inmediato superior

 Nombre y cargo de quien elaboró Vo.Bo. Director Vo.Bo. Epidemiólogo ____/____/____
 Día Mes Año

NOTA: Este formato debe ser llenado por el epidemiólogo o personal asignado.
 *Edad en años y meses cumplidos. Los meses serán indicados con una "m".
 ** I=Intradomiciliario, E=Extradomiciliario

EJERCITO MEXICANO

DIR. GRAL .SND.

SUBDIR. OPTVA.
SECC. SALUD PÚBLICA

FORMATO DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA

CORRESPONDIENTE AL MES DE _____ DEL _____

ESCALÓN SANITARIO: _____

R.M. _____ Z.M. _____

GRADO Y NOMBRE DEL LESIONADO. _____

MATRICULA: _____

UNIDAD. _____

DIA DE LA SEMANA CUANDO SE PRODUJO LA LESIÓN

LUN. _____ MAR. _____ MIER. _____ JUE. _____ VIE. _____ SAB. _____ DOM. _____ FECHA. _____

EDAD. _____ SEXO _____

DATOS DE LA LESIÓN

NO INTENCIONAL _____ HOMICIDIO _____ INTENTO HOMICIDIO _____

SUICIDIO _____ INTENTO SUICIDIO _____

LUGAR.

HOGAR _____ ESCUELA _____ VÍA PÚBLICA _____ TRABAJO _____ OTROS _____

ALCOHOL _____ DROGA DE ABUSO _____ DROGA MÉDICA _____ NADA _____

CAUSA EXTERNA QUE ORIGINÓ LA LESIÓN

ATROPELLADO _____

PIQUETE O MORDEDURA _____

CHOQUE DE VEHICULO _____

QUEMADURA _____

GOLPEADO _____

SUSTANCIA TÓXICA _____

APLASTAMIENTO _____

CORRIENTE ELÉCTRICA _____

PROY. ARMA DE FUEGO _____

ASFIXIA _____

OBJETOS PUNZOCORTANTES _____

AHOGAMIENTO _____

HERRAMIENTA O MAQUINARIA _____

INTOXICACIÓN _____

TIPO DE LESIÓN

CONTUSIÓN _____

LACERACIÓN _____

LUXACIÓN _____

FRACTURA _____

HERIDA _____

OTROS _____

TOXICO METABÓLICO _____

AMPUTACIÓN _____

SE IGNORA _____

QUEMADURA _____

SITIO DE LA LESIÓN

CRÁNEO _____

CARA _____

OJOS _____

CUELLO _____

TÓRAX _____

COLUMNA _____

EXT. SUP. _____

MANO _____

ABDOMEN _____

GENITALES _____

EXT. INF. _____

PIES _____

DEDOS _____

NALGAS _____

PELVIS _____

RESULTADO DE LA LESIÓN

ATN. EN LA UNIDAD. _____

EXCEPTUACIÓN DE MENOS DE 15 DÍAS. _____

DEFUNCIÓN. _____

HOSPITALIZACIÓN. _____

EXCEPTUACIÓN DE MAS DE 15 DÍAS. _____

GLOSARIO.

Agente. Entidad biológica, física, química, psicológica o social, la cual en interacción con otros factores de riesgo del huésped y del ambiente, es capaz de causar daño a la salud.

Asociación epidemiológica. Situación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar o persona.

Brote. Ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí.

Caso. Individuo de una población en particular que, en un tiempo definido, es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación.

Caso compatible. Caso en el cual, por defecto en los procedimientos de vigilancia, no es posible precisar el diagnóstico en estudio.

Caso confirmado. Caso cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares, o aquel que no requiere estudios auxiliares pero presenta signos o síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia, así como la evidencia epidemiológica.

Caso descartado. Caso sospechoso o probable en quien por estudios auxiliares, determina que no es causado por la enfermedad que inició su estudio o aquel que no requiere estudios auxiliares, pero presenta signos o síntomas propios de cualquier otro padecimiento o evento bajo vigilancia diferente al que motivó el inicio del estudio, así como la evidencia epidemiológica, en ellos puede o no haber confirmación etiológica de otro diagnóstico. Aquel que no cumple con los criterios de caso probable (si es sospechoso) o confirmado (si es probable).

Caso probable. Persona que presenta signos o síntomas sugerentes de la enfermedad o evento bajo vigilancia.

Caso sospechoso. Persona en riesgo que, por razones epidemiológicas, es susceptible y presenta sintomatología inespecífica del padecimiento o evento bajo vigilancia.

Comunicación. Acción de informar la presencia de padecimientos o eventos, por parte de fuentes que pertenecen al Sistema Nacional de Salud.

Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE). Órgano colegiado que observa, facilita, fomenta y guía las acciones epidemiológicas en el país.

Control. Aplicación de medidas para la disminución de la incidencia, en casos de enfermedad.

Contacto. Persona o animal que ha estado en relación directa o indirecta con persona o animal infectados, o con ambiente contaminado, y que ha tenido la oportunidad de contraer la infección.

Emergencia epidemiológica. Evento de nueva aparición o reaparición, cuya presencia pone en riesgo la salud de la población, y que por su magnitud requiere de acciones inmediatas.

Endemia. Presencia constante o prevalencia habitual de casos de una enfermedad o agente infeccioso, en poblaciones humanas, dentro de un área geográfica determinada.

Enfermedad. Disfunción fisiológica, psicológica o social, que presenta un individuo, la cual puede ser identificada y clasificada de acuerdo con signos, síntomas o estudios auxiliares de diagnóstico.

Enfermedad infecciosa. Enfermedad clínicamente manifiesta, del hombre o de los animales, resultado de una infección.

Enfermedad transmisible. Cualquier enfermedad debida a un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de ese agente o los productos de un reservorio a un huésped susceptible, ya sea directamente de una persona o animal, o indirectamente por conducto de una planta o animal huésped intermediario, de un vector o del ambiente inanimado, y que se puede transmitir a otra persona o animal.

Enfermo. Persona que padece una enfermedad.

Epidemia. Aumento en la frecuencia esperada de cualquier daño a la salud en el ser humano, durante un tiempo y un espacio determinados. En algunos padecimientos la ocurrencia de un solo caso se considera epidemia.

Estudio epidemiológico, a la investigación del proceso salud-enfermedad del cual se obtiene información epidemiológica de casos, brotes y situaciones de interés epidemiológico.

Fuentes de información. Todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, así como cualquier organismo, dependencia o persona que no forme parte del SNS y que tenga conocimiento de algún padecimiento, evento o situación sujetos a vigilancia.

Información epidemiológica. Acción y efecto de informar (notificar o comunicar) con relación a las enfermedades o eventos sujetos a vigilancia, que afectan a la población.

Información completa. Desde el punto de vista individual, a aquella que incluye la totalidad requerida en los formularios correspondientes. Desde el punto de vista de la recopilación de información por la unidad de vigilancia, es aquella que incluye el ciento por ciento de unidades notificantes.

Información oportuna. La que cumple con los tiempos establecidos por la presente Norma Oficial Mexicana.

Información veraz. La que corresponde a la realidad y es factible de corroborar.

Investigación epidemiológica. Proceso de búsqueda intencionada de las relaciones que guardan los condicionantes de enfermedades en la población, mediante la aplicación del método científico. Su nivel de aprehensión de la realidad es explicativo y obtiene, como resultado, información transformada en conocimiento.

Lesión por causa externa. Todo daño físico producto de cualquier agente externo, que produce un cambio pasajero o permanente, en uno o varios de los tejidos u órganos producto de un hecho de presentación rápida, imprevista, no repetido.

Tasa de Morbilidad. Indicador que tiene como numerador el número de enfermos en una población determinada durante un periodo y lugar específico y el denominador representa la población donde ocurrieron los casos. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

Tasa de Mortalidad. Tiene como numerador el total de defunciones producidas en una población en un periodo de tiempo determinado, y el denominador representa la población donde ocurrieron las muertes. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

Nivel operativo. La instancia funcional del SNS, en la cual se otorgan los servicios de atención a la salud de la población, y se instrumentan acciones a cargo de las unidades de salud y otras instancias técnicas y administrativas, principalmente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y de Regulación Sanitaria.

Nivel jurisdiccional. La entidad técnica administrativa de carácter regional, dentro de las entidades federativas, que tiene como responsabilidad otorgar servicios de salud a la población abierta en su área de circunscripción y coordinar los programas institucionales, las acciones intersectoriales y la participación social dentro de su ámbito de competencia.

Nivel estatal. La estructura orgánica y funcional responsable de la operación de los servicios de salud en el ámbito geográfico y político de una entidad federativa, cuya infraestructura se organiza en Jurisdicciones Sanitarias.

Nivel delegacional. La instancia o nivel técnico-administrativo, que en las instituciones de Seguridad Social, tiene competencia jerárquica sobre los servicios y la organización de una región geográfica determinada.

Nivel intermedio. La estructura orgánica que en la Secretaría de Salud corresponde al nivel estatal y, en los Servicios de Seguridad Social, al nivel Delegacional.

Nivel zonal. Nivel técnico-administrativo, con un área geográfica definida y características epidemiológicas similares.

Nivel central. La estructura administrativa de la Secretaría o de las instituciones del SNS, a nivel técnico-normativo, cuya ubicación está en la capital del país y la cual tiene competencia jerárquica sobre todos los servicios distribuidos en el territorio nacional.

Nivel nacional. La instancia o nivel técnico-administrativo máximo del SNS y de los organismos que lo integran, cuyo ámbito de competencia comprende a los servicios y su organización en todo el territorio nacional.

Notificación. La acción de informar acerca de la presencia de padecimientos o eventos, por parte de las unidades del Sistema Nacional de Salud.

Red. Sistema cuyos procesadores y terminales no coinciden en situación geográfica, y la información fluye entre ellos a través de algún esquema de comunicación. La red comparte un sistema de cómputo.

Registro. La inscripción de información comprobable, que puede comprender la anotación numérica o nominal de casos, defunciones, contactos, enfermedad o evento, mediante los instrumentos apropiados.

Sistema de cómputo. Conjunto de computadoras (terminales), conectadas entre sí y utilizadas para un fin común.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; SINAVE, al conjunto de relaciones formales y funcionales, en el cual participan coordinadamente las instituciones del SNS a través de su estructura, para llevar a cabo, de manera oportuna y uniforme, la vigilancia epidemiológica.

Sistema Nacional de Salud; SNS, al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección a la salud.

Subsistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica, al conjunto de funciones, estructuras, procedimientos y criterios, para llevar a cabo el registro, concentración, procesamiento, análisis y seguimiento de casos, brotes y situaciones especiales para su difusión oportuna a los distintos niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud.

TESIS  IMPRESIONES
ENCUADERNADOS

COPYNET

100% DIGITAL

pressanddesign@yahoo.com.mx



TRABAJOS URGENTES
COCOTEROS 24, COL. NUEVA STA. MARÍA
DEL. ATZCO., MÉXICO, D.F. C.P. 02800
TELS. 53 41 49 88 Y 53 41 64 91