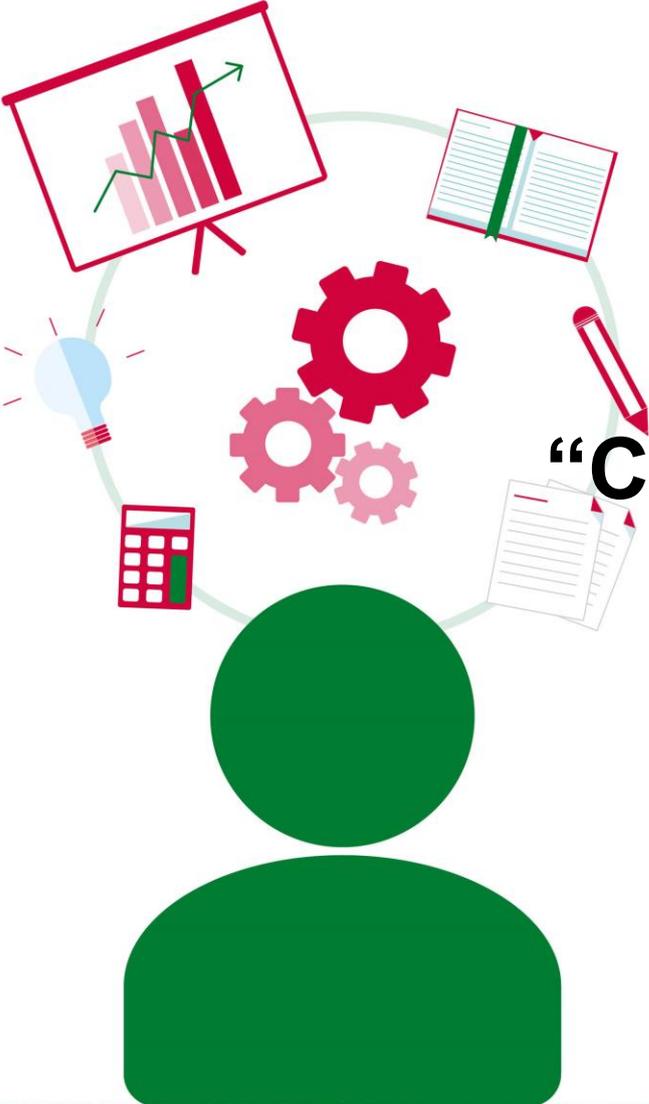




**TALLER DE INDUCCIÓN AL PUESTO PARA
LOS RESPONSABLES ESTATALES DE NUEVO INGRESO
AL PROGRAMA DE ZONOSIS**



**“COMPONENTE DE ATENCIÓN AL
HUMANO EN RABIA”**

***DR. LEONEL LUIS CONTRERAS
MÉDICO ADSCRITO A LA SROZ***

Sede: Auditorio CENAPRECE, Ciudad de México

Fecha: del 27 de febrero al 3 de marzo de 2017.

OBJETIVOS

General:

- ✓ Revisar de manera general las herramientas vigentes así como los procesos que se llevan a cabo dentro de la subdirección de zoonosis en el componente de atención al humano en rabia a los nuevos responsables estatales.

Específicos:

- ✓ Revisar los conceptos básicos sobre normatividad así como los formatos vigentes en el caso de incidentes para el ser humano.
- ✓ Revisar de manera general los sistemas oficiales de información: SUIVE, SUAVE, SIS CUBOS (SINBA) (variables **53 y 116**), Plataforma RCC (BAH, politraumatizados (hospitalizados) y/o defunciones por agresión de perro, notificación de personas agredidas por animales silvestres o que hayan realizado manipulación de riesgo en ganado de interés económico con signología compatible a derriengue (R.P.B) así como los contactos de estos incidentes).
- ✓ Generalidades sobre la metodología Camex en el componente de atención al humano en rabia.
- ✓ Importancia del cartel (flujograma) sobre atención médica y antirrábica como una herramienta en la valoración clínica del paciente así como para la optimización de los biológicos.
- ✓ Procedimiento a seguir ante la notificación de una persona agredida por animal sospechoso de padecer rabia.
- ✓ Análisis de las entidades federativas vs fuentes oficiales y de apoyo por el área técnica de la SROZ.

NORMATIVIDAD Y FORMATOS

VIGENTES



NOM-011-SSA2-2011
Para la prevención y control de la rabia
humana y en los perros y gatos



SALUD



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

**PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
RABIA HUMANA
2013-2018**

**PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD**

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

Guía para la Atención Médica y Antirrábica de la Persona Expuesta al Virus de la Rabia



MÉXICO 2010

Gobierno
FEDERAL
SALUD



Guía para el control de los focos rábicos en animales de compañía



SALUD

Gobierno
FEDERAL



Tecnicismos:

Agresión.- Es la acción por la cual una persona es “atacada” por un animal de forma espontánea o provocada (Nom-011).

Agredido.- Persona que ha sufrido alguna lesión por animal potencialmente capaz de transmitir la rabia (MEVERH/DGE).

Contacto.- Es cualquier persona o animal cuya “asociación con una persona o animal infectado o con un ambiente contaminado” haya creado la posibilidad de contraer dicha infección (MCET/OPS).

Contacto.- Persona que ha estado en relación directa o indirecta con persona o animal infectado de rabia o probablemente infectado o, con ambiente contaminado y que ha tenido la oportunidad de contraer la infección (MEVERH/DGE).

Definiciones Operacionales:

Sospechoso.- Persona de cualquier edad, con antecedentes de contacto con animal sospechoso de padecer rabia, el cual se encuentre desaparecido, en observación clínica o haya fallecido (MEVERH/DGE).

Probable.- Persona de cualquier edad con síntomas de la enfermedad o, con antecedentes de contacto con animal con rabia confirmada (MEVERH/DGE).

Confirmado.- Persona o defunción en persona, sospechosa o probable de rabia, que presentó síntomas de la enfermedad, mas una o ambas de las siguientes condiciones: 1) antecedentes de transmisión rábica y 2) resultado positivo por laboratorio (MEVERH/DGE).

Descartado.- Persona sospechosa o probable de rabia, cuyos antecedentes de infección y resultados de laboratorio son negativos y en las que se establece otro diagnóstico (MEVERH/DGE).

Foco rábico.- A la notificación de un caso de rabia en humano o animal (perro, gato, ganado o silvestre), confirmado por laboratorio, o evidencias clínico-epidemiológicas presentes en un tiempo y espacio determinado (Nom-011).

Área focal.- Al espacio geográfico que incluye las rutas y distancias de los desplazamientos del caso índice y de sus contactos y que requiere de un trabajo intensivo en un máximo de cinco días (Nom-011).

Área perifocal.- A la región geográfica alrededor del área focal y que debe ser trabajada en un plazo no mayor a 30 días (Nom-011).

***Caso clínico de rabia.-** Un sujeto que presente un síndrome neurológico agudo (es decir, Encefalitis) dominado por formas de hiperactividad (rabia furiosa) o síndrome paralítico (rabia muda) que avance hacia el coma y la muerte, generalmente por insuficiencia cardiaca o respiratoria, por lo general dentro de los 7-10 días después del primer síntoma, si no se instituyen los cuidados intensivos.

Para confirmar un caso clínico, deberán utilizarse uno o mas de los siguientes criterios de laboratorio:

- **Presencia de antígenos virales**
- **Aislamiento del virus en cultivo celular o en animales de laboratorio**
- **Presencia de anticuerpos víricos específicos en el LCR o el suero de una persona no vacunada, o**
- **Presencia de ácidos nucleicos virales detectados por métodos moleculares en muestras (ejemplo: biopsia cerebral, piel, saliva, orina concentrada) post-mortem o intra vitam.**

FORMATOS OFICIALES

VIGENTES

TALLER DE INDUCCIÓN AL PUESTO PARA LOS RESPONSABLES ESTATALES DE NUEVO INGRESO AL PROGRAMA DE ZONOSIS

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES
SUBDIRECCIÓN DE ZONOSIS

FICHA INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

A) DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA O CONTACTO

1.- Nombre y apellidos: _____ 2.- Edad: _____ años o meses 3.- Género: masculino femenino

4.- Domicilio: _____
calle no. colonia (z.p.) ciudad municipio estado

5.- Ha recibido tratamiento antirrábico: sí no 6.- En caso afirmativo, cuándo fue iniciado? _____ día _____ mes _____ año 7.- Número de dosis aplicadas: _____ dosis 8.- Fecha de la última dosis aplicada: _____ día _____ mes _____ año

B) DATOS SOBRE LA EXPOSICIÓN

9.- Fecha de la exposición: _____ día _____ mes _____ año 10.- Tipo de Incidente: Mordedura riesgo leve riesgo grave 11.- Tipo de Exposición: única múltiple 12.- Si fue mordedura, ¿cuál fue la localización? cabeza o cuello miem. sup. tronco miem. inf. 13.- Herida: única múltiple

13.- Describa brevemente la lesión: _____

C) DATOS DEL ANIMAL CAUSANTE DE LA EXPOSICIÓN

14.- Especie Agresora: perro intradomiciliario perro en vía pública gato otro, especifique cuál? _____

15.- ¿Está vacunado? sí no 17.- Fecha de vacunación: _____ día _____ mes _____ año

16.- En caso de perro y/o gato, anote el domicilio del propietario del animal: _____

18.- Examen clínico: sano sospechoso con rabia 19.- Fecha del examen clínico: _____ día _____ mes _____ año 20.- Examen de laboratorio: positivo a rabia negativo a rabia 21.- Tipo y fecha de los exámenes de laboratorio: _____ IFD _____ inoculación _____

D) DATOS DEL TRATAMIENTO

22.- Número de dosis indicadas: _____ Dosis: _____

MES	FECHA DE LAS APLICACIONES TRATAMIENTO POST-EXPOSICIÓN					TRATAMIENTO PRE-EXPOSICIÓN			REFUERZOS		
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	R ₁ *	R ₂ **	R ₃ ***
DÍA											

(*) 1ª Dosis de Refuerzo (**) 2ª Dosis de Refuerzo (***) 3ª Dosis de Refuerzo

OBSERVACIONES:

a) Registrar si fue utilizada inmunoglobulina y en que cantidad: sí no Lote: _____ Caducidad: _____ 23.- No. de frascos: _____ Vías de aplicación: _____

b) Si hubo interrupción del tratamiento indicar el motivo: _____

c) En caso de que la persona rehusé el tratamiento, recabar la firma de ella: _____ Nombre y Firma (o en su defecto Huella dactilar del pulgar derecho)

d) Motivo de ALTA del paciente: 24.- Tratamiento Terminado 25.- Por Defunción

e) Fecha de ALTA del paciente: _____ día _____ mes _____ año

26.- Requirió HOSPITALIZACIÓN: sí no

27.- Nombre del HOSPITAL al que fué referido: _____

28.- _____ LUGAR Y FECHA 29.- _____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO (SELLO DE LA UNIDAD)

30.- Nota: Usted como responsable de indicar el tratamiento antirrábico post-exposición, deberá solicitar le informen el estado de salud del perro en observación, con el fin de continuar o interrumpir el esquema de vacunación en esta persona.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA **EPI-RAB**

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE RABIA HUMANA
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE RABIA

I. IDENTIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN: 1. SOSPECHOSO 2. PROBABLE 3. CONFIRMADO 4. DESCARTADO

FECHA DE ENVÍO DE ESTE FORMATO: _____ día _____ mes _____ año

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____

Sexo: M F Edad: _____ años _____ meses DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

Mayor de 2500 habs: SÍ NO MUNICIPIO: _____ JURISDICCIÓN: _____ ENTIDAD: _____

II. NOTIFICACIÓN: FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA DGE: _____ día _____ mes _____ año

INSTITUCIÓN NOTIFICANTE: _____ INSTITUCIÓN TRATANTE: _____ Especifique: _____

1. SSA 2. IMSS 3. IMSS-PROSPERA 4. ISSSTE 5. DIF 6. SEDENA 7. SEDEMAR 8. OTROS 9. SE IGNORA

III. DATOS DE EXPOSICIÓN:

FECHA DE EXPOSICIÓN: _____ día _____ mes _____ año 1. Sí 2. No 3. Se Ignora

No. DE DOSIS APLICADAS: _____ FECHA DE LA 1ª DOSIS: _____ día _____ mes _____ año

ANIMAL AGRESOR: 1. Perro 4. Quiróptero 2. Gato 6. Otro 3. Zorrillo 7. Desconocido

FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS: _____ día _____ mes _____ año

TIPO DE EXPOSICIÓN: 1. Mordedura 2. Rasguño 3. Otro 4. Desconocido

TIPO DE VACUNA: _____ TIPO DE LOTE: _____

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA LESIÓN: 1. Cabeza o cuello 2. Tronco 3. Miembro superior izquierdo 4. Miembro superior derecho 5. Miembro inferior izquierdo 6. Miembro inferior derecho 7. Se ignora

IV. DATOS DE LA ENFERMEDAD

FECHA DE INICIO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: _____ día _____ mes _____ año

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

<input type="checkbox"/>	1. FIEBRE	<input type="checkbox"/>	10. PRURITO EN LA HERIDA
<input type="checkbox"/>	2. CEFALEA	<input type="checkbox"/>	11. PARESTESIA EN LA HERIDA
<input type="checkbox"/>	3. NAÚSEA	<input type="checkbox"/>	12. DISFAGIA
<input type="checkbox"/>	4. VÓMITO	<input type="checkbox"/>	13. DESHIDRATACIÓN
<input type="checkbox"/>	5. HIPERIRRITABILIDAD	<input type="checkbox"/>	14. RESPIRACIÓN IRREGULAR
<input type="checkbox"/>	6. ANOREXIA	<input type="checkbox"/>	15. ANSIEDAD
<input type="checkbox"/>	7. MALESTAR GENERAL	<input type="checkbox"/>	16. AGITACIÓN
<input type="checkbox"/>	8. DOLOR DURANTE LA DEGLUCIÓN	<input type="checkbox"/>	17. DEPRESIÓN
<input type="checkbox"/>	9. DOLOR EN LA HERIDA	<input type="checkbox"/>	18. AFASIA
<input type="checkbox"/>	21. PARÁLISIS	<input type="checkbox"/>	19. INCOORDINACIÓN
<input type="checkbox"/>	22. HI DROFOBIA	<input type="checkbox"/>	20. PARESIA
<input type="checkbox"/>	23. FOTOFOBIA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	24. AEROFOBIA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	25. SIALORREA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	26. CONFUSIÓN	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	27. DELIRIO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	28. ALUCINACIONES	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	29. HIPERACTIVIDAD	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	30. NEUMOTÓRAX	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	32. ARRITMIA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	33. COMA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	34. PARO CARDIORESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	35. MUERTE	<input type="checkbox"/>	

HERIDA: 1. Única 2. Multiple 3. Se ignora TIPO: 1. Leve 2. Grave 3. Se ignora

CONDICIONES DEL ANIMAL AGRESOR: 1. Observación 2. Desaparición 3. Muerto 4. Otro 5. Se ignora

ANIMAL CON RABIA: 1. Sí 2. No 3. Se ignora

¿SE CONFIRMO POR LABORATORIO? 1. Sí 2. No 3. Se ignora

IV. TRATAMIENTO

LAVADO Y TRATAMIENTO DE LA HERIDA: 1. Sí 2. No 3. Se ignora

¿SE APLICÓ SUERO O GAMMA GLOBULINA ANTIRRÁBICA? TIPO: 1. Homólogo 2. Heterólogo 3. Se ignora

FECHA DE APLICACIÓN: _____ día _____ mes _____ año

UNIDADES APLICADAS: _____

Nº Lote: _____

FECHA DE DEFUNCIÓN: _____ día _____ mes _____ año

¿SE AUTORIZO AUTOPSIA? SÍ NO

VI. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y RESULTADOS:

1. Positivo 2. Negativo 3. Inadecuada

1. IMPRONTA DE CÓRNEA: _____ día _____ mes _____ año

2. IMPRONTA DE SALIVA: _____ día _____ mes _____ año

3. BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO: _____ día _____ mes _____ año

4. LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO: _____ día _____ mes _____ año

5. SUERO SANGUÍNEO: _____ día _____ mes _____ año

6. TEJIDO CEREBRAL: _____ día _____ mes _____ año

NOMBRE DEL LABORATORIO QUE PROCESO LAS MUESTRAS: _____

VII. CONTACTOS

No. DE CONTACTOS: _____ CONTACTOS EN TRATAMIENTO: _____

VIII. DATOS DEL INFORMANTE

NOMBRE: _____ CARGO: _____ OBSERVACIONES: _____



SISTEMAS OFICIALES DE INFORMACIÓN Y APOYO

**(Reporte de BAH, pacientes politraumatizados,
animales silvestres y ganado de interés económico con
signología compatible a Derriengue (RPB))**

TALLER DE INDUCCIÓN AL PUESTO PARA LOS RESPONSABLES ESTATALES DE NUEVO INGRESO AL PROGRAMA DE ZONOSIS



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Informe semanal de casos nuevos de enfermedades
SUVE-1-2014

Instrucciones: Llene a máquina preferentemente; remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve una copia

Unidad: _____ Clave Unidad SUAVE: _____ Semana No. _____ del _____ de _____ de _____ CLUES: _____
 Localidad: _____ Municipio: _____ Jurisdicción: _____ Entidad o Delegación: _____
 Institución: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 ISSSTE 3 Otros (especificar) 4 _____ IMSS-Prospera 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
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	MENINGITIS TUBERCULOSA (**) A17.0	44																									
	TETANOS (**) # A24, A25	85																									
	TETANOS NEONATAL (**) # A22	86																									
	DIFTERIA (**) # A26	82																									
	TOS FERINA (**) # A27	83																									
	SARAMPION (**) # B05	87																									
	RUBÉOLA (**) # B06	32																									
	PAROTIDITIS INFECCIOSA B08	42																									
	HEPATITIS VIRICA B (**) # B15	38																									
	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (**) # P08.0	100																									
	HEPATITIS VIRICA A (**) # B15	37																									
	ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS (**) # A60.0	137																									
	INFECCIONES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (**) # A41.0, G00.0, J14	99																									
	POLIOMELITIS AGUDA (**) # A80	75																									
	MENINGITIS MENINGOCÓCCICA (**) # A36.0	40																									
	INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO B97.7	101																									
	ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCCO (**) # A40.0, G00.1, J13	176																									
	INFLUENZA (**) # J09-J11	90																									
VARICELA (#) B07	33																										
COLERA (**) # A00	01																										
FIEBRE TIFOIDEA (#) A01.0	08																										
SHIGELOSIS A02	08																										
INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS Y LAS MALDEFINIDAS A04, A04-AM EXCEPTO A05.0	08																										
INTOXICACIÓN ALIMENTARIA BACTERIANA (#) A06	09																										
AMEBIASIS INTESTINAL A06.0-A06.3, A06.9	02																										
GIARDIASIS A07.1	07																										
OTRAS INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A PROTOZOARIOS A07.0, A07.2, A07.9	03																										
ASCARIASIS B77	04																										
ENTEROSIASIS B80	10																										

(*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (**) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO (#) ESTUDIO DE BROTE

SISTEMA ÚNICO AUTOMATIZADO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LÍNEA

Para el correcto funcionamiento de la plataforma en Internet Explorer deberá habilitar el modo de compatibilidad, para más información, de clic aquí.

Usuario:
 Contraseña:

Para cualquier duda, comentario o incidencia en la operación del sistema favor de reportarlo a la siguiente dirección de correo electrónico: suaveweb@dgepi.salud.gob.mx o mesadeservicio@dgepi.salud.gob.mx. También a los teléfonos: (0155) 5337-1727, (0155) 5337-1657 ó (0155) 5337-1702, de Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 hrs.





DIRECCIÓN GENERAL DE
INFORMACIÓN EN SALUD

[Inicio](#) / [Cubos dinámicos](#)

Cubos dinámicos

Configuración:

[vídeo tutorial](#)

[guía instalación](#)

[manual de usuario](#)

Requisitos para utilizarlos:

- Equipo con procesador Intel o compatible (Pentium 133 MHzo superior, Pentium PRO, Pentium II, Pentium III, Pentium 4 o superior).
- Memoria RAM del equipo mínimo de 32 MB, se recomienda 64 MB.
- Espacio libre en el disco duro de 200 MB.
- Navegador Internet Explorer versión 9x o superior.
- Microsoft Office 2000 o superior (contar con el paquete instalado).
- Componentes web de MS-Office versión 10 y 11.
Descarga los archivos en los siguientes enlaces
[OWC10.zip](#) / [OWC11.zip](#)
- Archivo SQLServer2008
Descarga el archivo en el siguiente enlace
[SQLServer2008 ASOLEDB10.zip](#)

 Egresos hospitalarios	 Defunciones
 Lesiones	 Nacimientos
 Población	 Recursos
 Servicios	 Urgencias



← → ↻ 🏠 ⓘ www.cenaprece.ecolls.com.mx

Empresa | Videotutoriales | Contenidos | Guías Rápidas | Capacitaciones | Preguntas Frecuentes

Bienvenido!

Comunidades

- Baja California
- Baja California Sur
- Campeche
- Chiapas
- Chihuahua
- Coahuila
- Colima
- Estado de México
- Durango
- Guanajuato
- Guerrero
- Jalisco
- Hidalgo
- Michoacan

CENAPRECE

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL DE ENFERMEDADES



Acceso a Contenidos

Versión 2014
Calendario de capacitaciones 

Versión 2014
Preguntas frecuentes 

Videotutoriales

 Da click aquí Videotutoriales 

Aplicaciones

- 
RCC
Red de Comunicación Colaborativa
- 
Report Views
- 
ETL Views
- 
MI-Views
- 
Insert Views

Aplicaciones

Versión 2014
Descarga de formatos 

Versión 2014
Guías de llenado 

Versión 2014
Notas de la versión 

Versión 2014
Esquema de soporte 

TALLER DE INDUCCIÓN AL PUESTO PARA LOS RESPONSABLES ESTATALES DE NUEVO INGRESO AL PROGRAMA DE ZONOSIS



www.plataformarcc.net/cenaprece/frmMain.aspx

Red de Comunicación Colaborativa Inicio Salir Secretaría de Salud CENAPRECE

Bienvenido: LEONEL LUIS CONTRERAS

Formatos | Catálogos | Actividades Registros

Formatos	
#	Descripción
1	16 Concentrado de certificados de vacunación
2	16 Existencia de biológico antirrábico canino
3	16 Existencia de biológicos antirrábicos humanos
4	16 Ficha de paciente politraumatizado
5	16 Logros día mundial de la rabia 2016
6	16 Metas Caminando a la Excelencia 2016 (Estatad)
7	16 Notificación de casos de rabia silvestre por agresión o contacto
8	16 Resultados Semana Nacional de Esterilización Estatal
9	16 Resultados Semana Nacional de Esterilización Jurisdicción

1

©2010 Electronic Collaboration Services. Reservados todos los derechos.
Esta forma fue desarrollada por eCollS Diseño y Programación Web <http://www.eCollS.com.mx>



TALLER DE INDUCCIÓN AL PUESTO PARA LOS RESPONSABLES ESTATALES DE NUEVO INGRESO AL PROGRAMA DE ZONOSIS

REPORTE DE ABASTO Y DISPONIBILIDAD DE BIOLÓGICO ANTIRRÁBICO 2017 - ENERO

ESTADO	JURISDICCIÓN	VACUNA ANTIRRÁBICA HUMANA			
		CÁMARA DE FRÍO ESTATAL	CÁMARA DE FRÍO JURISDICCIONAL	FECHA DE CADUCIDAD	FECHA EN QUE SE AGOTA
AGUASCALIENTES	ESTATAL	329	0	28/02/2017	28/02/2017
	J1 AGUASCALIENTES	0	20	28/02/2017	23/01/2017
	J2 RINCON DE ROMOS	0	8	28/02/2017	20/01/2017
	J3 CALVILLO	0	19	28/02/2017	31/01/2017
	TOTAL ESTATAL	329	47		
BAJA CALIFORNIA	J1 MEXICALI	0	5	31/08/2017	31/01/2017
	J2 TIJUANA	0	5	31/08/2017	31/01/2017
	J3 ENSENADA	0	4	31/08/2017	31/01/2017
	J4 VICENTE GUERRERO	0	4	31/08/2017	31/01/2017
	TOTAL ESTATAL	0	18		
BAJA CALIFORNIA SUR	J1 COMONDU	0	5	17/01/2017	
	J2 MULEGE	0	5	17/03/2017	
	J3 LA PAZ	0	5	17/03/2017	
	J4 LOS CABOS	0	10	17/03/2017	
	TOTAL ESTATAL	0	25		
CHIHUAHUA	ESTATAL	372	0	30/04/2017	30/04/2017
	TOTAL ESTATAL	372	0		
COAHUILA	ESTATAL	0	0		
	J1 PIEDRAS NEGRAS	0	176	01/02/2017	30/01/2017
	J2 ACUÑA	0	176	01/02/2017	30/01/2017
	J3 SABINAS	0	176	01/02/2017	30/01/2017
	J4 MONCLOVA	0	90	02/02/2017	30/01/2017
	J5 CUATRO CIENEGAS	0	45	01/02/2017	30/01/2017
	J6 TORREON	0	176	01/02/2017	30/01/2017
	J7 FRANCISCO I. MADERO	0	176	01/02/2017	30/01/2017
	J8 SALTILLO	0	176	01/02/2017	30/01/2017
TOTAL ESTATAL	0	1,191			
COLIMA	ESTATAL	141	0	28/02/2017	28/02/2017
	J1 COLIMA	0	28	28/02/2017	28/02/2017
	J2 TECOMAN	0	14	28/02/2017	28/02/2017
	J3 MANZANILLO	0	16	28/02/2017	28/02/2017
	TOTAL ESTATAL	141	58		
DISTRITO FEDERAL	ESTATAL	110	0	31/08/2017	
	TOTAL ESTATAL	110	0		
DURANGO	J1 DURANGO	0	2,000	03/04/2017	10/02/2017
	J2 GOMEZ PALACIO	0	2,000	03/04/2017	02/02/2017
	J3 SANTIAGO PAPANQUIARO	0	50	03/04/2017	02/01/2017

EVALUACIÓN TRIMESTRAL

TALLER DE INDUCCIÓN AL PUESTO PARA LOS RESPONSABLES ESTATALES DE NUEVO INGRESO AL PROGRAMA DE ZONOSIS

BASE DE DATOS "16 FICHA PACIENTE POLITRAUMATIZADO" RCC (eColls) Fecha de corte del 01/01/2016 al 31/12/2016													HOSPITALIZADO (POLITRAUMATIZADO)	DEFUNCIÓN	SIN INCIDENTES EN EL MES
EDO	MES DE OCURRENCIA	J S	MPIO	LOC	NOMBRE DEL AGREDIDO	SEXO	EDAD	FECHA DE LA AGRESIÓN	ESPECIE AGRESORA	LUGAR DE LA AGRESIÓN	TIPO DE AGRESIÓN	CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES PROVOCADAS			
1 2 6	DICIEMBRE	J1 AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	LEUMIN ELIZEO VILLAGRAN ESPINOSA	M	8	08/12/2016	PERRO	VÍA PÚBLICA	NO CONTESTO	LESIONES EN LOS MIEMBROS PELVICOS.	1	0	0
7 8	JULIO	J1 AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	MARINA GUADALUPE REYES LLANDERAL	F	1	09/07/2016	PERRO	INTRADOMICILIARIO	ESPONTANEA	TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO MODERADO, FRACTURAS, HUNDIMIENTO EXPUESTO FRONTAL IZQUIERDO Y TEMPOROPARIETAL DERECHO CON LESIÓN Y CONTUSIÓN PRENQUIMATOSA, DESGARRO DURAL, FISTULA DEL LIQUIDO CEFALORAQUIDEO Y NEUMOCRANEO.	1	0	0
9	ENERO	J1 MEXICALI	MEXICALI			F	0		NO CONTESTO	NO CONTESTO	NO CONTESTO		0	0	1
10	ENERO	J1 COMONDÚ	COMONDÚ			F	0		NO CONTESTO	NO CONTESTO	NO CONTESTO		0	0	1
11						F	0		NO CONTESTO	NO CONTESTO	NO CONTESTO		0	0	1
12						F	0		NO CONTESTO	NO CONTESTO	NO CONTESTO		0	0	1
13						F	0		NO CONTESTO	NO CONTESTO	NO CONTESTO		0	0	1
14						F	0		NO CONTESTO	NO CONTESTO	NO CONTESTO		0	0	1
15						F	0		NO CONTESTO	NO CONTESTO	NO CONTESTO		0	0	1
16	J4 LOS CABOS	LOS CABOS				F	0		NO CONTESTO	NO CONTESTO	NO CONTESTO		0	0	1
3 BAJA CALIFORNIA SUR	JULIO	J3 LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	CLAUDIA MARIA REYES RENTERIA	F	5	09/07/2016	PERRO		ESPONTANEA	MUESTRA 38 18/JULIO 2016, ENVIADA A LESP	1	0	0

16_BD_Paciente_Politraumatizado

CUADRO FINAL-150217





TALLER DE INDUCCIÓN AL PUESTO PARA LOS RESPONSABLES ESTATALES DE NUEVO INGRESO AL PROGRAMA DE ZONOSIS

www.plataformarcc.net/cenaprece/Operacion/Seguimiento/fmSeguimiento_Actividad_B.aspx

Formulario | Configuración Inicial

Nombre del Formulario: 16 Notificación de casos de rabia silvestre por agresión o contacto

Guardar Nuevo Eliminar Cerrar

No. de Registro: 1

SECRETARÍA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
SUBDIRECCIÓN DE RABIA Y OTRAS ZONOSIS
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE RABIA SILVESTRE

FOLIO:

ESTADO: -- Seleccione un Valor --

JURISDICCIÓN: -- Seleccione un Valor --

MUNICIPIO: -- Seleccione un Valor --

LOCALIDAD / COLONIA:

TIPO DE INCIDENTE: -- Seleccione un Valor --

INSTITUCIÓN QUE ATIENDE DE 1a VEZ: -- Seleccione un Valor --

FECHA DE CONSULTA MÉDICA DE 1a VEZ: dd/mm/aaaa

TIPO DE ESPECIE INVOLUCRADA: ANIMALES SILVESTRES

ESPECIE DE ANIMAL SILVESTRE: -- Seleccione un Valor --

OTRO ANIMAL SILVESTRE:

NÚMERO DE FOLIO DE LA MUESTRA ENVIADA:

LABORATORIO QUE PROCESÓ LA MUESTRA: -- Seleccione un Valor --

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA SROZ: dd/mm/aaaa

MEDIO POR EL CUAL SE NOTIFICA A LA SROZ: -- Seleccione un Valor --

DATOS DEL PACIENTE AGREDIDO POR ANIMAL SILVESTRE

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRE(S):

EDAD AÑOS:



TALLER DE INDUCCIÓN AL PUESTO PARA LOS RESPONSABLES ESTATALES DE NUEVO INGRESO AL PROGRAMA DE ZONOSIS

JS	Personas agredidas	Tx iniciados	Agredidos/Tx iniciados	Resultado x 100	Meta nacional	Puntaje alcanzado	Porcentaje años anteriores	Diferencia en puntos porcentuales con años anteriores	Puntaje alcanzado	Personas agredidas por animales silvestres	Tx iniciados por agresiones de animales silvestres	Agredidos/Tx iniciados por animales silvestres	Resultado x 100	Puntaje alcanzado	Registro de adquisición de BAH	Registro de existencia de BAH	Puntaje alcanzado	Capacitación por los SESA At'h humano	Puntaje alcanzado	Puntaje total
1	213	24	0.11	11.3	21	10	12.5	1.2	1	10	10	1	100	2	SI	SI	1	SI	1	15
2	61	4	0.07	6.6	21	10	5.5	1.1	1	2	2	1	100	2			1		1	15
3	26	4	0.15	15.4	21	10	12.2	3.2	1	1	2	2	200	0			1		1	14
4	19	2	0.11	10.5	21	10	13	2.5	1	2	2	1	100	2			1		1	15
5	24	11	0.46	45.8	21	4.8	12	33.8	0	5	3	0.2	60	0			1		2	8

JS	Notificación del paciente Politraumatizado por el SESA (mes correspondiente 11-10 del mes siguiente)	Puntaje (2 inicio, 2 seguimiento y 2 cierre)	Registro en SIS SAEH 2017	Puntaje	La SROZ rastrea el evento con antelación al SESA	Puntaje total
1	SI	6	SI	4	NO	10
2	SI	6	NO	0	NO	6
3	NO	0	NO	0	NO	0
4	NO	0	NO	0	SI	0
5	SI	6	SI	4	SI	10
6	SI	6	NO	0	SI	6
7	NO	0	SI	4	NO	4
8	NO	0	SI	4	SI	4

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CAMINANDO A LA EXCELENCIA EN RABIA 2017



ZONOSIS



CRITERIOS VIGENTES PARA LA APLICACIÓN **DE BAH (FLUJOGRAMA)**



GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE EXPUESTO A RABIA

CARACTERISTICAS DE LA EXPOSICION	CONDICIONES DEL ANIMAL AL MOMENTO DE LA EXPOSICION	PRIMERAS INDICACIONES	CONDICIONES DEL ANIMAL DURANTE EL PERIODO DE OBSERVACION DE 10 DIAS	INDICACIONES DEFINITIVAS
I - Contacto directo sin lesión - Contacto indirecto	Sano, sospechoso de rabia o sacrificado	Verificar que el animal haya sido vacunado	Examinar al paciente - Fiebre - Manifestar que el animal fue vacunado	No hacer vacunación
II Exposición leve: - Lambedura en piel erosionada - Mordedura superficial que incluye: dermis, epidermis y tejido celular subcutáneo en tronco y miembros inferiores	Sano	Verificar y registrar la fecha de vacunación del animal - Observar al animal 10 días	Sano	No hacer vacunación
	Sospechoso de rabia	Verificar y registrar la fecha de vacunación del animal - Observar al animal 10 días	Si al término de la observación el animal es sano o si el animal muere antes de 10 días de observación - Hacer el 10º día de observación	Inducir la vacunación y continuar la observación - Examinar inmediatamente al paciente - Completar el esquema de vacunación
	Desaparecido	Verificar y registrar la fecha de vacunación del animal - Observar al animal 10 días	No vacunado o muerto en cualquier momento de la observación	Completar el esquema de vacunación - Hacer vacunación para recuperación de vida
	Sacrificado	Verificar y registrar la fecha de vacunación del animal	No vacunado o resultado positivo de laboratorio - Resultado negativo	Completar el esquema de vacunación - Examinar inmediatamente al paciente
III Exposición grave: - Lambedura en mucosas: ocular, nasal, oral y genital - Mordeduras superficiales en cabeza, cuello, miembros superiores y genitales - Mordeduras profundas en cualquier parte del cuerpo - Mordeduras múltiples	Sano	Verificar y registrar la fecha de vacunación del animal - Observar al animal 10 días	Si al término de la observación el animal es sano o si el animal muere antes de 10 días de observación - Continuar de vida y vacunación del paciente	Inducir la vacunación y continuar la observación - Examinar inmediatamente al paciente - Completar el esquema de vacunación
	Sospechoso de rabia	Verificar y registrar la fecha de vacunación del animal - Observar al animal 10 días	Si al término de la observación el animal es sano o si el animal muere antes de 10 días de observación - Hacer el 10º día de observación	Inducir la vacunación y continuar la observación - Examinar inmediatamente al paciente - Completar el esquema de vacunación
	Desaparecido	Verificar y registrar la fecha de vacunación del animal - Observar al animal 10 días	No vacunado o muerto en cualquier momento de la observación	Completar el esquema de vacunación - Hacer vacunación para recuperación de vida
	Sacrificado	Verificar y registrar la fecha de vacunación del animal	No vacunado o resultado positivo de laboratorio - Resultado negativo	Completar el esquema de vacunación - Examinar inmediatamente al paciente

NOTA: En caso de un animal sospechoso de rabia, vacunado, muerto o resulte de resultado negativo por haberse vacunado antes de la observación de 10 días, se debe:

TIPO DE LA HERIDA O LESION

- Lesión de tipo abrasión con epitelio intacto
- Herida de tipo laceración profunda
- Mordedura profunda que penetra en el músculo, tendón, hueso o tejido de conectivo
- Mordedura penetrante de tipo laceración profunda que penetra en el músculo, tendón, hueso o tejido de conectivo
- Mordedura en cualquier parte del cuerpo que penetra en el músculo, tendón, hueso o tejido de conectivo
- Mordedura múltiple en cualquier parte del cuerpo
- Mordedura múltiple en cualquier parte del cuerpo

ESQUEMA DE VACUNACION ANTIRABICA

Anticuerpos de tipo neutralizante (IU/ml)

Anticuerpos de tipo neutralizante (IU/ml)

Anticuerpos de tipo neutralizante (IU/ml)

APLICACION DE SUERO

Prevacuación y Seroprevención (Véase el Anexo 1 y Anexo 2)

- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida
- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida
- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida

Prevención (Véase el Anexo 1 y Anexo 2)

- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida
- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida
- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida

Si la Prueba es Negativa

- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida
- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida
- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida

Si la Prueba es Positiva

- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida
- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida
- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida

RECOMENDACIONES

- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida
- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida
- Aplicar el suero antirrábico en el sitio de la herida

SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



ATENCIÓN DEL PACIENTE EXPUESTO A RABIA

Condiciones de Exposición

SIN RIESGO

Lamedura en piel intacta, no hay lesión, ni contacto directo de saliva del animal con mucosa o piel erosionada.

Condiciones del perro o gato agresor al momento de la exposición	1a. ETAPA - Atención Médica - Antirrábica	Condiciones del perro o gato agresor durante la observación - 10 días	2a. ETAPA- Atención Médica- Antirrábica
SANO	No existe lesión o contacto con mucosas No aplicar biológicos antirrábicos	CONTINÚA SANO (verificar vacunación antirrábica vigente)	No se requiere
SOSPECHOSO	No existe lesión o contacto con mucosas No aplicar biológicos antirrábicos	SANO (verificar vacunación antirrábica vigente) MUERE POSITIVO POR LABORATORIO	No se requiere
SACRIFICADO	No existe lesión o contacto con mucosas No aplicar biológicos antirrábicos	POSITIVO POR LABORATORIO	No se requiere

RIESGO LEVE

Lamedura en piel erosionada, rasguño, mordedura superficial en tronco y miembros inferiores

Condiciones del perro o gato agresor al momento de la exposición	1a. ETAPA - Atención Médica - Antirrábica	Condiciones del perro o gato agresor durante la observación - 10 días	2a. ETAPA- Atención Médica- Antirrábica
SANO	Atender herida	CONTINÚA SANO (verificar vacunación antirrábica vigente) MUERE (enviar a laboratorio)	No se requiere Iniciar Esquema de Vacunación *
SOSPECHOSO	Atender herida Inicio Esquema de Vacunación (1a. y 2a. dosis)	SANO (verificar vacunación antirrábica vigente) MUERE (enviar a laboratorio)	Suspender Esquema de Vacunación Continuar Esquema de Vacunación *
DESAPARECIDO	Atender herida Inicio Esquema de Vacunación (1a. y 2a. dosis)	LOCALIZADO SANO (verificar vacunación antirrábica vigente) NO LOCALIZADO O MUERTO SIN DIAGNÓSTICO	Suspender Esquema de Vacunación Completar Esquema de Vacunación *(3a. 4a. y 5a.dosis)
SACRIFICADO	Atender herida Inicio Esquema de Vacunación (1a. y 2a. dosis)	* POSITIVO POR LABORATORIO O SIN DIAGNÓSTICO NEGATIVO POR LABORATORIO	Completar Esquema de Vacunación *(3a. 4a. y 5a.dosis) Suspender Esquema de Vacunación

RIESGO GRAVE

Lamedura en mucosa ocular, nasal oral o genital; mordedura leve en cara, cuello y miembros superiores; mordeduras profundas y/o múltiples en cualquier parte del cuerpo.

Condiciones del perro o gato agresor al momento de la exposición	Atender herida, inmunoglobulina antirrábica humana Inicio Esquema de Vacunación (1a. y 2a. dosis)	Condiciones del perro o gato agresor durante la observación - 10 días	2a. ETAPA- Atención Médica- Antirrábica
SANO	Atender herida, inmunoglobulina antirrábica humana Inicio Esquema de Vacunación (1a. y 2a. dosis)	CONTINÚA SANO (verificar vacunación antirrábica vigente) MUERE (enviar a laboratorio)	No se requiere Iniciar Esquema de Vacunación *
SOSPECHOSO	Atender herida, inmunoglobulina antirrábica humana Inicio Esquema de Vacunación (1a. y 2a. dosis)	SANO (verificar vacunación antirrábica vigente) MUERE (enviar a laboratorio)	Suspender Esquema de Vacunación Continuar Esquema de Vacunación *
DESAPARECIDO	Atender herida, inmunoglobulina antirrábica humana Inicio Esquema de Vacunación (1a. y 2a. dosis)	LOCALIZADO SANO (verificar vacunación antirrábica vigente) NO LOCALIZADO O MUERTO SIN DIAGNÓSTICO	Suspender Esquema de Vacunación Completar Esquema de Vacunación *(3a. 4a. y 5a.dosis)
SACRIFICADO	Atender herida, inmunoglobulina antirrábica humana Inicio Esquema de Vacunación (1a. y 2a. dosis)	* POSITIVO POR LABORATORIO O SIN DIAGNÓSTICO NEGATIVO POR LABORATORIO	Completar Esquema de Vacunación *(3a. 4a. y 5a.dosis) Suspender Esquema de Vacunación

CASOS DE ATENCIÓN ANTIRRÁBICA INTEGRAL INMEDIATA

Tipo de Incidente	Atención Médica - Antirrábica	Tipo de Incidente	Atención Médica - Antirrábica
CUAQUIER AGRESIÓN O CONTACTO CON SALIVA DE UN ANIMAL SILVESTRE (murciélago, zorrillo, mapache, coyote, otros carnívoros) SOSPECHOSO, DESAPARECIDO, SACRIFICADO O POSITIVO POR LABORATORIO	ATENDER LA HERIDA - Inmunoglobulina antirrábica humana - Esquema de vacunación (1a. 2a. 3a. 4a. y 5a. dosis)	SOLICITA ATENCIÓN DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS 14 DÍAS O MÁS DE LA AGRESIÓN O CONTACTO CON LA SALIVA DEL PERRO, GATO O ANIMAL SILVESTRE SOSPECHOSO, DESAPARECIDO, SACRIFICADO O POSITIVO POR LABORATORIO	- Inmunoglobulina antirrábica humana - Esquema de vacunación ALTERNATIVO (2 dosis simultáneas, 3a. y 4a. dosis)
			EXPOSICIÓN DE RIESGO GRAVE, NO SE APLICA INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA HUMANA, SOLO VACUNA - Aplicar Inmunoglobulina antirrábica humana - Reiniciar el esquema completo de vacunación (1a. 2a. 3a. 4a. y 5a. dosis)

EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS CONDICIONES DEL ANIMAL AGRESOR (SOLO PERRO O GATO)

- * **SANO:** Conducta habitual, come, bebe agua como acostumbra.
- * **SOSPECHOSO:** Presenta cambios de comportamiento, nariz seca, conjuntivas enrojecidas.
- * **ENFERMO:** Presenta cambios de comportamiento, de ladrido, agresividad, incoordinación, tendencia a huir, hidrofobia, caía de mandíbula, tristeza, parálisis progresiva, anisocoria y apetito pervertido.
- * **DESAPARECIDO:** Aquel que no puede ser identificado de momento porque huye del lugar o se confunde con otros. Esto no excluye su búsqueda para ser observado

- * **POSITIVO POR LABORATORIO:** Se confirma por este medio.
- * **SACRIFICADO:** Aquel animal que se le provocó la muerte por medios físico o químicos.
- * **ANIMAL SILVESTRE:** Murciélagos, zorro, zorrillo, mapache, coyote y otros carnívoros agresores.
- * **EXPOSICIÓN:** Acción por la cual una persona o animal susceptible entra en un contacto directo con un ambiente que contiene virus activo de la rabia.

ATENCIÓN MÉDICA ANTIRRÁBICA

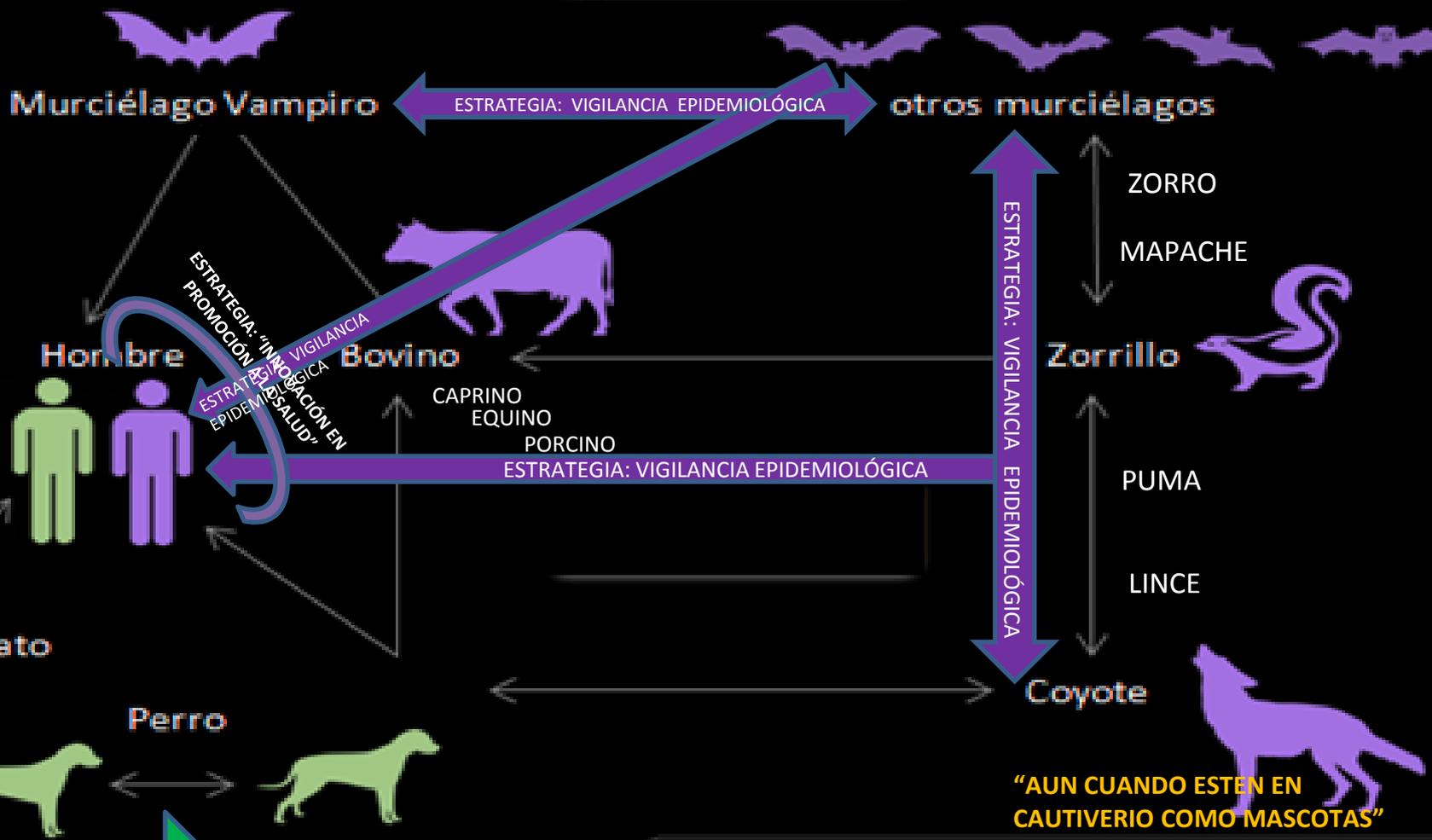
ATENCIÓN INMEDIATA

- * Lavar el sitio de la lamedura, herida o lesión con abundante agua y jabón.
- * Enjuagar con agua y solución salina.
- * Desinfectar la herida con agua oxigenada, alcohol, yodo o dilución de amoníaco.
- * La sutura, uso de antibiótico y toxoide, queda a criterio del médico

APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS ANTIRRÁBICOS

- * **Inmunoglobulina antirrábica humana:** Calcular 20 U.I./kg de peso e infiltrar la mitad alrededor de la herida, en lo posible y el resto I.M.
- * **Vacuna en cultivos celulares (HDCV, VERO o PCCV)**
- * **Esquema regular de Vacunación:** 1 dosis los días 0, 3, 7, 14 y 30. La primera dosis se contará como día cero.
- * **Esquema alternativo:** Aplicar 2 dosis (en lugares separados) el día 0 y aplicar 1 dosis el día 7 y otra dosis el día 21, contando a partir de las primeras dosis como día cero.
- * **En ambos casos:** La vía de aplicación es intramuscular en región deltoidea y, en niños, en la región antero lateral del muslo.

RABIA EN EL HUMANO



ACUDIR INMEDIATAMENTE AL CS,UMR,HOSPITAL MAS CERCANO.

ESTRATEGIAS: (NOM, GUÍA, DGE, LESP-INDRE) TX CON BAH EN EL 1er NIVEL DE ATENCIÓN Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL EN 2° Y 3er NIVEL .

ESTRATEGIA: VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA Y FELINA DE FORMA MASIVA Y GRATUITA.

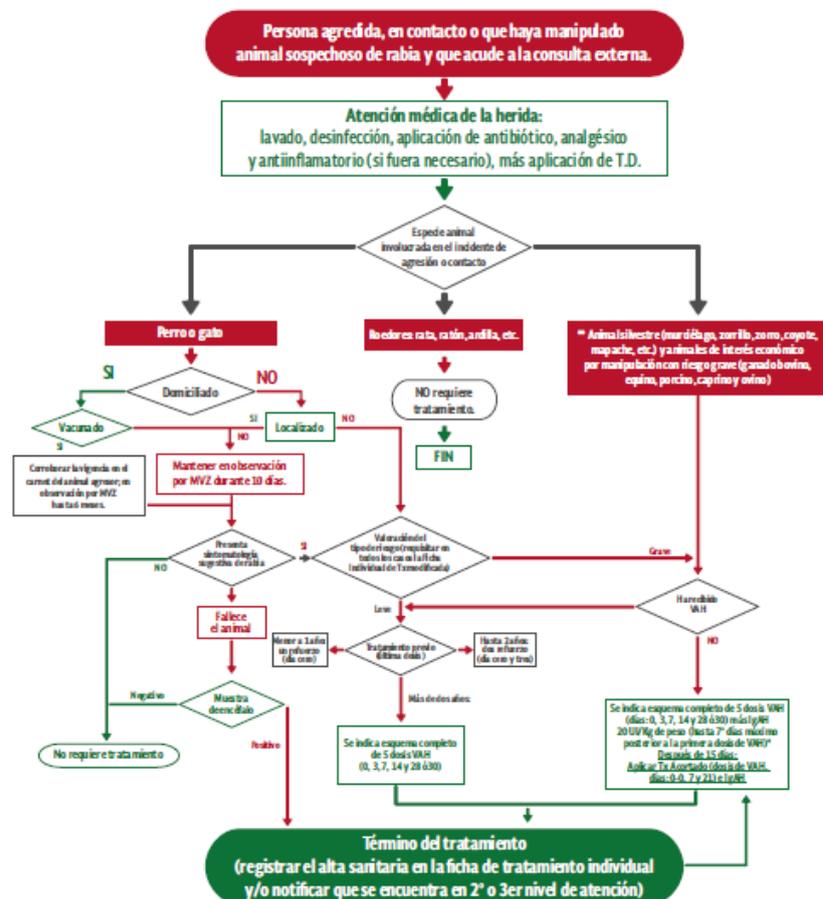
PROPUESTA:

“ANTE LA NOTIFICACIÓN POR PARTE DE OTRAS INSTITUCIONES (SAGARPA-SEMARNAT-APHIS) DE MUESTRAS POSITIVAS EN ANIMALES SILVESTRES Y GANADO DE INTERES ECONOMICO CON SIGNOLOGIA COMPATIBLE A DERRIENGUE (RPB), COORDINAR ACCIONES EN CAMPO ENCAMINADAS A REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE POSIBLES CASOS DE PERSONAS EXPUESTAS Y FOCOS RABICOS EN CUALQUIER ESPECIE SOSPECHOSA DE PADECERLA.





Atención médica y antirrábica En los tres niveles de atención a personas agredidas por animales de cualquier especie sospechoso de padecer rabia.



*NOTA: En caso de haber recibido tratamiento antirrábico humano alguna vez, no se debe aplicar nuevamente IgAH
** Toda agresión por animal silvestre se considera grave

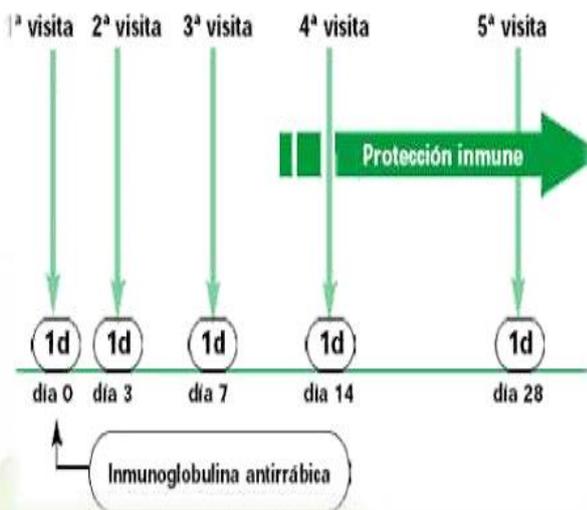
Fuente: Guía para la atención médica y antirrábica de la persona expuesta al virus de la rabia (en actualización)

www.cenaprece.salud.gob.mx

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



- ✓ **TRANQUILICEL@** y muestre empatía
- ✓ **LAVE** la herida c/agua y jabón x 10 min.
- ✓ **IRRIGUE** mucosas con agua 5 min
- ✓ **DESINFECTE** (peróxido, isodine, etc.)
- ✓ **SUTURE** valore:
 - Viabilidad (llenado capilar)
 - Edema, tiempo evolución
 - Potencial de Infección
 - Aplicación de IgAH, etc.
- ✓ **SECAR** y **CUBRIR** c/gasa estéril
- ✓ **ESQUEMA** Antibiótico (Amox/Clav)
- ✓ Aplicación de Td.
- ✓ **NOTIFIQUE**



Vacuna Antirrábica Humana
Esquema 5 dosis
0,3,7,14,28 (30*)

Inmunoglobulina Antirrábica Humana
D.U. 20 U.I./kg, (mitad en la lesión y mitad I.M.)



Síntesis:

- En **nota informativa del 12 de octubre 2016**, refiere que personal médico de la JXI Padilla se entrevistaron con “masculino de 64 años de edad que responde al nombre de Modesto A. A., refiere ser el único compañero de trabajo del afectado, comenta que en ocasiones se dormían en la parte de afuera del cuarto, debido al intenso calor, el entorno se encuentra favorable para nido de murciélagos, el área en que se acostaban quedaba totalmente a la intemperie, comenta que el día de la agresión (**5 de septiembre**) a **Camilo V. S. de 36 años** y un peso de 82kg este mató al murciélago, hace aproximadamente 40 días, posterior a esto el paciente no refirió malestar alguno, desempeñando sus funciones sin por menores hasta el día **3 de octubre** donde inicia sensación de calor, escalofríos, dolor a nivel de miembro pélvico derecho, sin acudir a consulta médica, es hasta el día **Jueves 6 de octubre** que percibiendo mayor dolor a nivel de miembro pélvico, con sensación de pérdida de fuerza y dolor abdominal decide ir al médico a la Cabecera Municipal de Soto La Marina, donde es atendido en la madrugada del **viernes (7 de octubre)** por urgencias del HRP #80 IMSS PROSPERA, donde administran analgésicos antiinflamatorios y citan nuevamente por la mañana al departamento de Epidemiología para darle seguimiento, se aplica la primera dosis de Vacuna antirrábica Humana de células vero (**día 0**), citándolo para el día Lunes 10 a su segunda dosis, sin embargo el paciente se presenta nuevamente al servicio de urgencias sin mejoría alguna, por lo que deciden su traslado al Hospital General de Ciudad Victoria”.
- Se solicita **copia del expediente clínico completo** donde con fecha **8 de octubre a las 12:00hrs** en la solicitud de interconsulta por parte del **HRP núm. 80 Soto la Marina de IMSS-PROSPERA** se observa que el **Dx de envío** es: **Mordedura de murciélago (1 mes) /Descartar Guillan Barré.**

Síntesis:

- Acude a este HRP #80 por presentar debilidad en piernas y parestesias
- Antecedente de mordedura de murciélago hace 1 mes (050916) apróx. en rodilla izquierda; tratada con vacuna de células vero dosis inicial el día 071016 (**día 0**)
- El mismo día 8 de octubre a las 15:08 hrs es ingresado al servicio de urgencias del HG de Ciudad Victoria.
- **La nota de hoy (17 de octubre), por medicina interna refiere: “paciente masculino de 36 años que se encuentra cursando su octavo día de estancia intrahospitalaria con problemas de Polirradiculo-neuropatía a descartar rabia paralítica vs Sx Guillan Barre vs Mielitis Transversa / Neumonía asociada a ventilación mecánica/ hipernatremia iso-osmolar hipovolémica”.**
- **A la EF: sin sedación, no apertura ocular, no respuesta motora a estímulo doloroso, escala de Glasgow de 3 puntos, *Neurológicamente sin reflejo corneal, reflejo óculo-cefálico ausente, no reflejo tusígeno a la aspiración traqueal, pupilas isocóricas de 3mm de diámetro, arreflecticas al estímulo luminoso.**
- **Plan: vigilancia neurológica, se reporta como muy grave, se informa a familiares sobre estado actual de salud.**

Nota: En el expediente clínico NO se observa la ficha individual de tratamiento antirrábico humano aprobado por la DGIS así como el formato EPI-RAB/DGE. En la hoja de indicaciones de médicas del día 9 de octubre a las 8:00 hrs, se indica IgAH: 820 UI aplicar a nivel de la herida y 820 UI IM

- **Se solicitaron los folios de las muestras enviadas al InDRE**
- **Se acudió al H.G. de Cd. Victoria para reunión con epidemiología estatal.**
- **PACIENTE FALLECE EL DÍA 19 DE OCTUBRE A LAS 12:05HRS (CERT. DEFUNC.)**
- **20 OCTUBRE, LESP EMITE RESULTADO POSITIVO Y ENVÍA MUESTRA DE ENCÉFALO AL InDRE**
- **21 OCTUBRE, InDRE REPORTA LA CARACTERIZACIÓN ANTIGÉNICA: VARIANTE 11 (M.H.) POSITIVO POR RT-PCR**



ABORDAJE DEL PACIENTE AGREDIDO POR
CUALQUIER ESPECIE SOSPECHOSO DE PADECER
RABIA

PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE UN CASO DE PB RABIA HUMANA:

La NOM-011 en su numeral 9 referente a las “Medidas de Control”, refiere:

1. Se llevan a cabo cuando se han presentado casos de rabia humana, perro y/o gato así como en ganado con signología compatible a derriengue y en animales silvestres sospechosos de padecer la enfermedad confirmado por laboratorio, o bien al ocurrir la exposición (riesgo leve o grave) de una o más personas con los animales anteriormente descritos.
2. Ante la sospecha, el personal de salud acudirá al lugar donde se presentó el incidente y corroborará signos y síntomas contenidos en el formato EPI-RAB así como los descritos en la Ficha de Tratamiento Individual Modificada (DGIS).
3. Así mismo, el personal de salud investigará los antecedentes de exposición (leve o grave) como pudieran ser: **“contacto con la saliva mediante mordedura, lamedura en mucosas y/o manipulación de un animal silvestre, manipulación del hocico sin protección de animales domésticos de interés económico, así como perros o gatos confirmados por laboratorio o desaparecidos en área endémica”**.

4) Se dará consulta de primera vez en cualquiera de las instancias del Primer nivel de atención (CS, CSU, UMR, etc.) auxiliándose del flujograma sobre Atención Médica y Antirrábica así mismo se elaborará nota médica inicial o en su defecto de referencia a Unidades (el paciente deberá ir ya con los documentos ya mencionados a los Hospitales) de Segundo o Tercer nivel de atención como lo establece la Guía para la atención médica y antirrábica **(EN PROCESO DE ACTUALIZACIÓN)**.

5) De manera inmediata, el personal de salud procede a la búsqueda de otras personas agredidas o contactos con el animal, a fin de realizar la valoración **del tipo de** exposición y **otorgar** la atención médica-antirrábica que proceda conforme a la Guía para la atención médica y antirrábica **(EN PROCESO DE ACTUALIZACIÓN)**.

6) *Finalmente, al ser una equipo de salud multidisciplinario se deberán realizar al mismo tiempo actividades relacionadas con Foco(s) Rábico(s).*

7) *Al final de la jornada de trabajo se deberán generar los reportes correspondientes y en su defecto deberán ser acompañadas con las evidencias correspondientes.*

Análisis del estado vs fuentes de información monitoreados por la SROZ

2016	SIS												
	VAR- 53 / PERSONAS AGREDIDAS POR OTROS ANIMALES (ZOA 03)												
EDO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
TAMPS	3	7	9	13	10	13	5	8	18	15	13	11	125

SROZ								ACTIVIDADES DE VIGILANCIA- FORMATO EXCEL					SIS	InDRE-RABIA				
TOTAL FOCOS RABICOS								SAGARPA/SENASICA (ENERO-SEPT 2016)					VAR-192 RMP01,0 2,03 Y 04	MUESTRAS POSITIVAS ACUMULADO HASTA LA SEM EPID # 52				
								POSITIVOS					TOTAL	HUMAN O	ANIMAL SILVESTRE	GANAD O (BOVINO , OVINO Y CAPRIN O)	TOTAL	
QUIRÓ PTERO (RCC)	ZORRI LLO	FELI NOS	ZORRO	TEJÓN	OTROS* (ver FFR)	GANADO (ver FFR)**	TOTAL	BOVINO	EQUINO	OVINO	CAPRI NO	OTRA (ESPECIFICA R:ESPECIE Y NÚM.)						TOTAL
1						24	25	17	1	1			19	0	1	1	30	31

SIS												
VAR- 116/ INICIOS DE TX CON BAH (ZOR 05,07,09 Y 11)												
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
16	16	14	29	50	34	28	32	26	82	37	25	389

17.- TAMAULIPAS	14.63
-----------------	-------

***ii GRACIAS POR TU
ATENCIÓN !!***

Email: rabiaenhumano@gmail.com

Tel...(55) 63-92-87-84

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENAPRECE
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL DE ENFERMEDADES

