



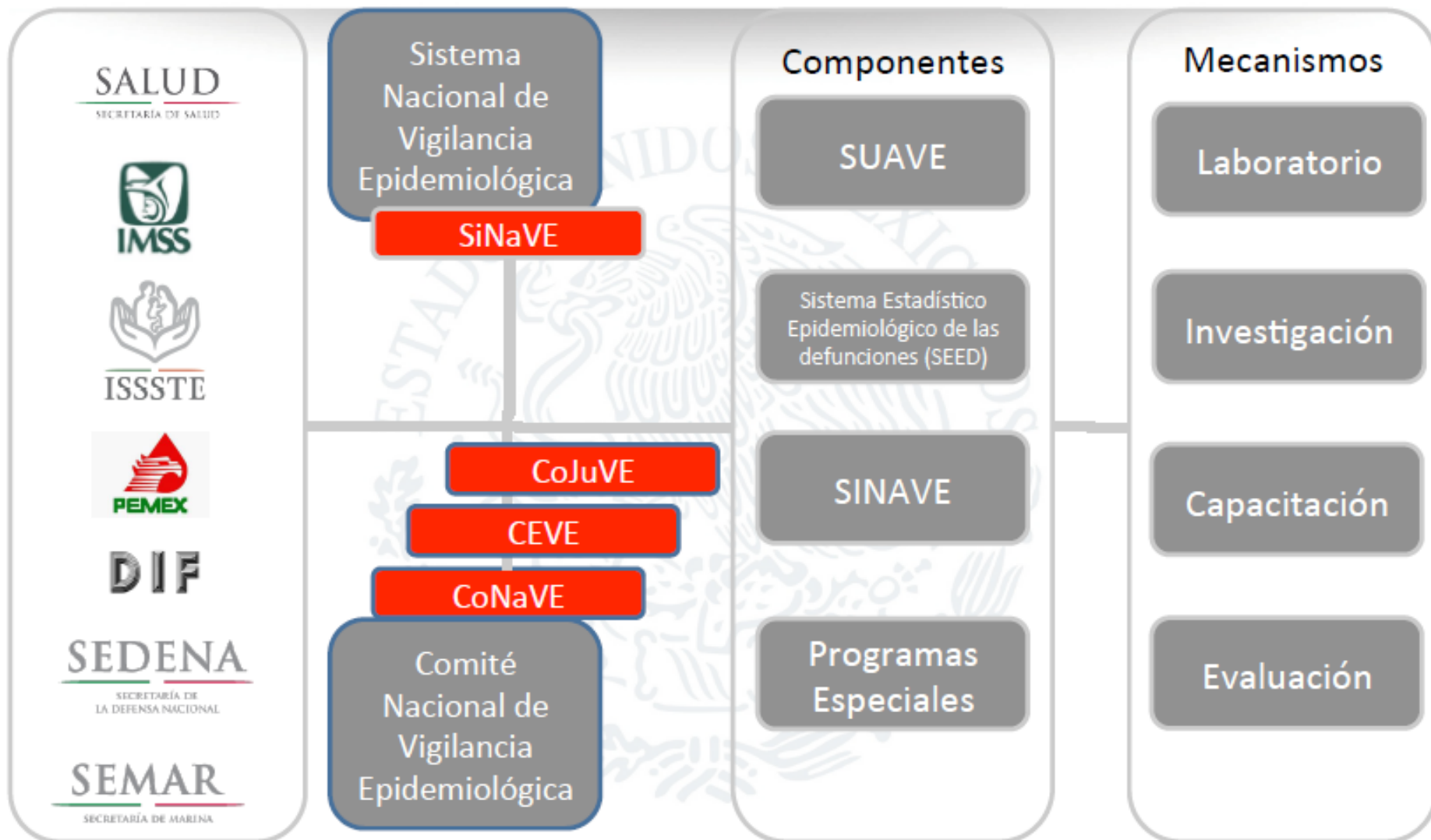
ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

TALLER "Atención de Personas Agredidas Expuestas a Rabia"

ISSSTE

Delegación Estado de México
Subdelegación Médica

7 y 8 de Julio de 2015







Tuberculosis
(micobacteriosis)



Cólera
(Enfermedades Diarreicas
Agudas)



Influenza
(Infecciones Respiratorias
Agudas)



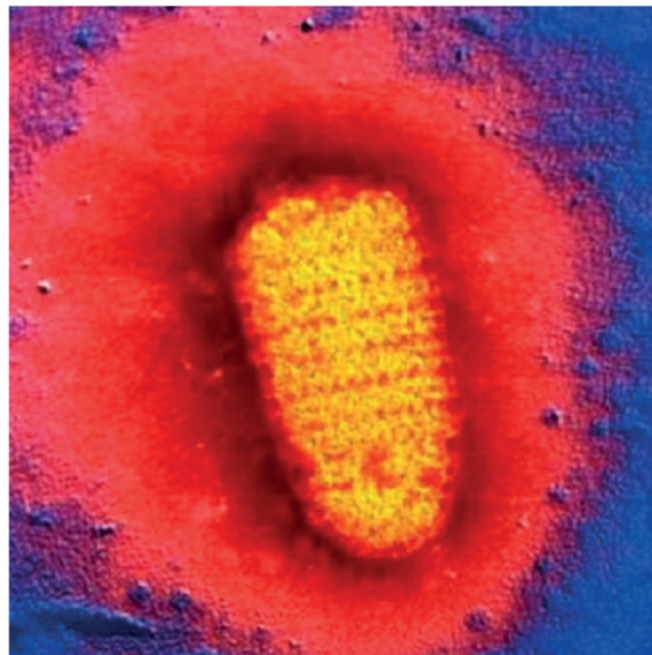
Dengue
(Enfermedades
Transmitidas por Vector)



Vigilancia Hospitalaria de
Infecciones Nosocomiales



Zoonosis



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS PARA LA
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA

RABIA EN HUMANO

I.- EVALUACIÓN COMPLETA DEL PACIENTE

Reconocimiento de las situaciones de atención real

Establecer la sospecha de Contacto o Agresión

Puede tratarse de un riesgo de contagio o transmisión de rabia

I.- EVALUACIÓN COMPLETA DEL PACIENTE

En exposición por contacto

En exposición por agresión

II.- IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE INTERES

De acuerdo con el Abordaje de la persona que solicita la atención médico-antirrábica y el nivel de atención

Interroga a la persona que solicita la atención médico-antirrábica

III.- APOYO PARA EL ESTUDIO DEL CASO

Estudios de laboratorio

Antecedentes inmunológicos

Comorbilidades

Alergias

Otros

IV.- DISEÑO DEL PLAN TERAPEUTICO

Exposición sin riesgo

Exposición de riesgo leve

Exposición de riesgo grave

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



MÉXICO 2010

GOBIERNO
FEDERAL
SALUD



DISEÑO DEL PLAN TERAPEUTICO

Tratamiento -vacuna

VACUNA ANTIRRABICA. SOLUCION INYECTABLE. CADA DOSIS DE 1 ml DE VACUNA RECONSTITUIDA CONTIENE: LIOFILIZADO DE VIRUS DE LA RABIA INACTIVADO (CEPA FLURY LEPC25) CON POTENCIA ≥ 2.5 UI CULTIVADOS EN CELULAS EMBRIONARIAS DE POLLO. FRASCO AMPULA CON LIOFILIZADO PARA UNA DOSIS Y AMPOLLETA CON 1 ml DE DILUYENTE

Intramuscular. En músculo deltoides o en la región anterolateral externa del muslo en los niños menores de un año. Adultos y niños

Tratamiento preventivo postexposición: 5 dosis de 1 ml o de 0.5 ml según la presentación del producto. La primera dosis tan pronto como sea posible después de la exposición y las siguientes dosis al 3o., 7o., 14o. y 28o. día.

Tratamiento preventivo preexposición a personal en riesgo: 3 dosis de 1 ml o de 0.5 ml, según la presentación del producto los días 0, 7 y 21.

- **I.- EVALUACIÓN COMPLETA DEL PACIENTE**

Reconocimiento de las situaciones de atención real

Establecer la sospecha de Contacto o Agresión

Puede tratarse de un riesgo de contagio o transmisión de rabia

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 4º Toda persona tiene derecho a la protección de 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, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Ley General de Salud:

En el Título 8º “Prevención y control de enfermedades y accidentes”, Capítulo II “Enfermedades transmisibles” y Capítulo IV “Medicamentos”, artículo 230.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: VI.2. México Incluyente. Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.

Línea de acción: Llevar a cabo campañas de vacunación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, así como una estrategia integral para el combate a epidemias y la desnutrición.

Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En el Capítulo Segundo, sección primera, artículo 26, que establece el desarrollo de las acciones de prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación .

“ARTICULO 26. Las Unidades Médicas del Instituto desarrollarán acciones para el control de enfermedades prevenibles por vacunación, conforme al comportamiento epidemiológico de los padecimientos mediante programas permanentes, campañas intensivas de vacunación u otras estrategias que se adopten en forma coordinada con el Sector. Las vacunas se aplicarán a toda persona que lo demande, aun cuando no sea derechohabiente, de acuerdo a las indicaciones y disposiciones que al efecto emita la Secretaría”



SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CONTROL EPIDEMIOLÓGICO DE ZONOSIS

REGISTRO INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO ANTIRRABICO HUMANO

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____

SEXO M ☐ F ☐ EDAD AÑOS MESES OCUPACIÓN _____ ESPECIFIQUE _____

DOMICILIO _____ CALLE Y N° _____ COLONIA O LOCALIDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____ TELEFONO _____

USUARIO DE ☐ SSA ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ OTROS ☐ N° AFILIACIÓN

NTECEDENTES DE TRATAMIENTO ANTIRRÁBIC ☐ INICIÓ ☐ SUSPENDIÓ ☐ REINICIÓ ☐ ABANDONÓ ☐ TERMINÓ

CON ☐ HOMÓLOGA ☐ HETERÓLOGA ☐ GAMMA ☐ SUERO ☐ DOSIS ☐ FUENZALIDA ☐ CÉLULAS ☐ CÉLULAS ☐ DOSIS ☐ GLOBULINA ☐ ANTIRRÁBIC ☐ ANTIRRÁBIC ☐ HEPERIMUNE ☐ APLICADAS ☐ VERO ☐ DIPLOIDES ☐ APLICADAS

FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO FECHA DE TERMINO DÍA MES AÑO

II. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

TIPO ☐ ACCIDENTAL ☐ PROFESIONAL ☐ ESPONTANEA ☐ PROVOCADA

GRADO ☐ CONTACTO ☐ CONTACTO ☐ LAMEDURAS ☐ LAMEDURAS ☐ MORDEDURA ☐ MORDEDURA ☐ MORDEDURA ☐ INDIRECTO ☐ DIRECTO ☐ EN PIEL ☐ EN MUCOSA ☐ SUPERFICIAL ☐ PROFUNDA ☐ MULTIPLE

SITO ☐ CRÁNEO ☐ CARA ☐ CUELLO ☐ TRONCO ☐ EXTREMIDADES ☐ GENITALES ☐ EXTREMIDADES ☐ SUPERIORES ☐ INFERIORES

LUGAR ☐ HOGAR ☐ CALLE ☐ MERCADO ☐ PARQUE ☐ CAMPO ☐ TRABAJO ☐ OTRO _____ ESPECIFICAR _____

FECHA DE AGRESIÓN DÍA MES AÑO ECHA DE NOTIFICACIÓN DÍA MES AÑO

III. DATOS DEL AGRESOR

IDENTIFICACIÓN ☐ PERRO ☐ GATO ☐ OTRO _____ ESPECIFICAR _____

☐ ADULTO ☐ CACHORRO ☐ DOMÉSTICO ☐ MASCOTA ☐ CALLEJERO ☐ ANIMAL ☐ SILVESTRE ☐ SALVAJE

ESTADO ☐ APARENTE ☐ ENFERMO ☐ SOSPECHOSO ☐ DESAPARECIDO ☐ MUERTO ☐ CAPTURADO ☐ SANO ☐ RABIA

☐ VACUNADO ☐ NO VACUNADO ☐ OBSERVADO ☐ OBSERVADO ☐ (044) 722 - 151 - 5506 ☐ CENTRO ANTIRRÁBICO ☐ DOMILIAR ☐ TELEFONO

LOCALIZACIÓN _____ CALLE O LUGAR _____ N° _____ COL. O LOCALIDAD _____ MPD. O DELEGACIÓN _____ ESTADO _____

NOMBRE DEL DUEÑO O RESPONSABLE _____ NOMBRE(S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

IV. SEGUIMIENTO DEL AGRESOR

☐ SANO ☐ ENFERMO ☐ HUYÓ ☐ MURIÓ ☐ RABIA

COMPROBACIÓN POR: ☐ LABORATORIO ☐ CENTRO ☐ OTRO _____ ESPECIFICAR _____ ANTIRRÁBICO

V. MANEJO DEL CASO

☐ LAVADO ☐ INMUNO ☐ TRATAMIENTO ☐ REFERENCIA ☐ REFERENCIA ☐ TERAPIA ☐ ANTIRRABICO ☐ TRATAMIENTO MEDICO ☐ TRATAMIENTO QUIRURGICO

☐ HOMÓLOGA ☐ HETERÓLOGA ☐ GAMMA ☐ SUERO ☐ DOSIS ☐ TOXOIDE ☐ DOSIS ☐ ANTIBACTERIANOS ☐ GLOBULINA ☐ ANTIRRÁBICO ☐ ANTIRRÁBICO ☐ APLICADAS ☐ TETÁNICO ☐ APLICADAS

VACUNA CELULAS	DÍAS				
VERO	0	3	7	14	30
N° DE DOSIS					
LOTE					
FECHA					

ACEPTÓ TRATAMIENTO ☐ SI ☐ NO ☐ LOTE F. CAD. _____ FIRMA DEL PACIENTE, TUTOR O RESPONSABLE _____

VI. SEGUIMIENTO DEL CASO

☐ TERMINÓ ESQUEMA ☐ ABANDONÓ ☐ SUSPENDIÓ ☐ REINICIÓ ☐ DEFUNCIÓN ☐ ESPECIFICAR _____ ANTIRRÁBICO

REACCIONES POSTVACUNALES, DESCRIBIR _____

UNIDAD MÉDICA _____ DELEGACIÓN _____ ELABORÓ _____ FECHA _____

Unidades de Salud (CMF-UMF)

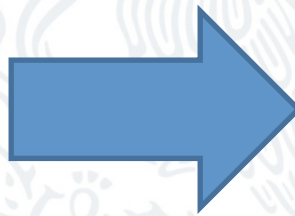
CMF Ecatepec

CMF Pantitlan

CMF Tlalnepantla

UMF Chalco

CMF Valle de Aragón



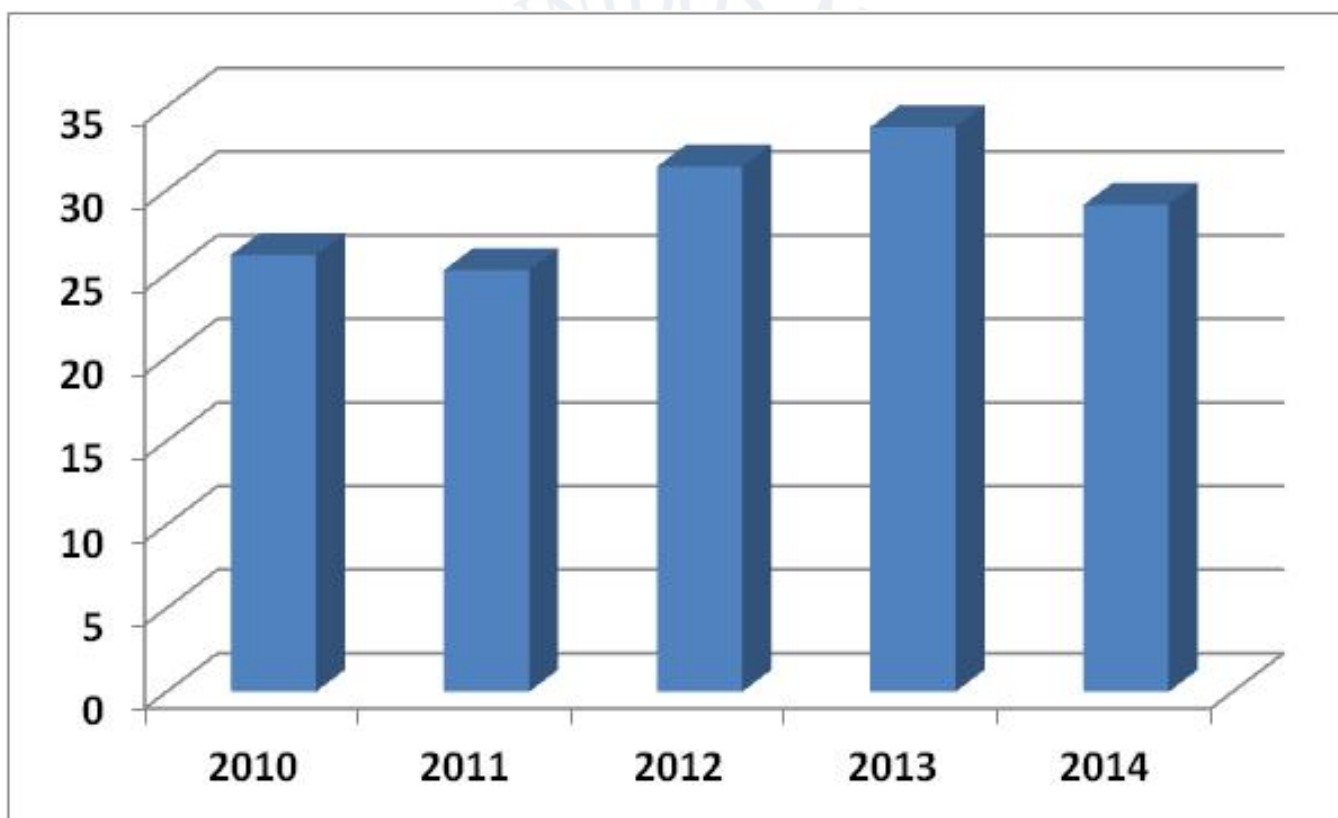
Mayor numero de casos

Mayor número de
tratamientos

Preventivos

Mayor riesgo

Tasa, por año



Tasa Por 100,000 Derechohabientes