



**Agencia de Protección Sanitaria  
del Gobierno de la Ciudad de México**

**PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y REGISTRO DE  
CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS  
VIRUS SARS-CoV-2 (COVID-19)**



SECRETARÍA DE SALUD





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## CONTENIDO

- **Características y situación epidemiológica**
- **Medidas preventivas**
- **Definiciones operacionales de caso para vigilancia epidemiológica**
- **Manejo de casos en primer nivel de atención**
- **Sistema Único de Información para Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)**
- **Registro de casos en Certificado de Defunción**



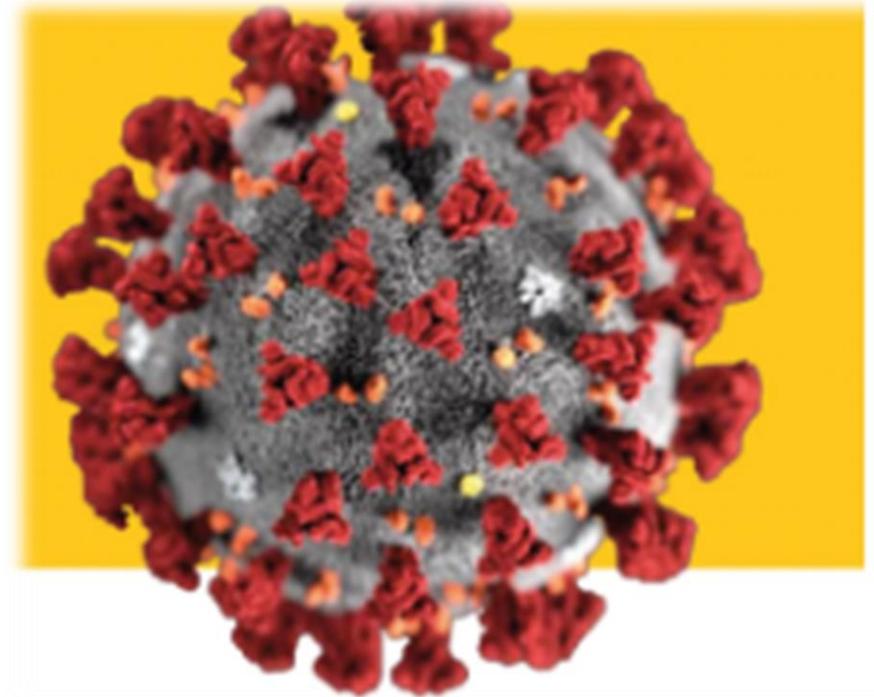
GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# CORONAVIRUS

## Características y situación epidemiológica





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# Coronavirus

- Familia de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades respiratorias graves.
- Circulan entre humanos y animales (gatos, camellos, murciélagos, etc).
- A veces, los coronavirus que infectan a los animales pueden evolucionar, transmitirse a las personas y convertirse en una nueva cepa de coronavirus capaz de provocar enfermedades en los humanos, como ocurrió con
  - ❖ Síndrome Respiratorio Agudo Sever (SARS): China, Año 2002, 5050 casos, 321 defunciones.
  - ❖ Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-Cov): A. Saudita, Año 2012, 2499 casos, 861 defunciones.

Reciben su nombre por la forma de las espigas en su superficie.

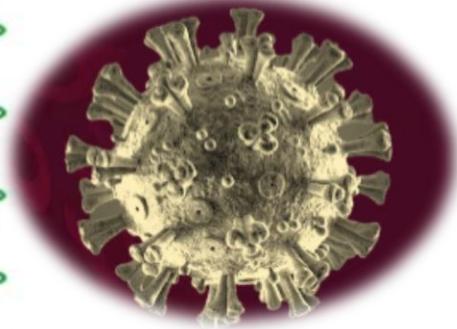




## Tipos de coronavirus

Existen cuatro subgrupos principales de coronavirus, conocidos como alfa, beta, gamma y delta.

Los tipos de coronavirus que regularmente circulan entre las personas son 7:



- 1 229E (coronavirus alfa)
- 2 NL63 (coronavirus alfa)
- 3 OC43 (coronavirus beta)
- 4 HKU1 (beta coronavirus)
- 5 MERS-CoV-Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (coronavirus beta)
- 6 SARS -Síndrome Respiratorio Agudo Severo (coronavirus beta)
- 7 Coronavirus COVID-19

Las personas de todo el mundo comúnmente se infectan con coronavirus humanos 229E, NL63, OC43 y HKU1.



## Otras características

Comparado con otros virus, el virus SARS-CoV-2 se comporta de la siguiente manera:

Característica	Tasa de letalidad <sup>1</sup>	Tasa de contagio <sup>2</sup>
Covid-19	7.0%	2-3
MERS	35%	2-3
Sarampión	4%*	12-18

1. La tasa de letalidad es la proporción de personas que mueren por una enfermedad entre los afectados por la misma.

2. Se refiere al número de personas que pueden ser contagiadas por un caso confirmado.

\*En regiones pobres



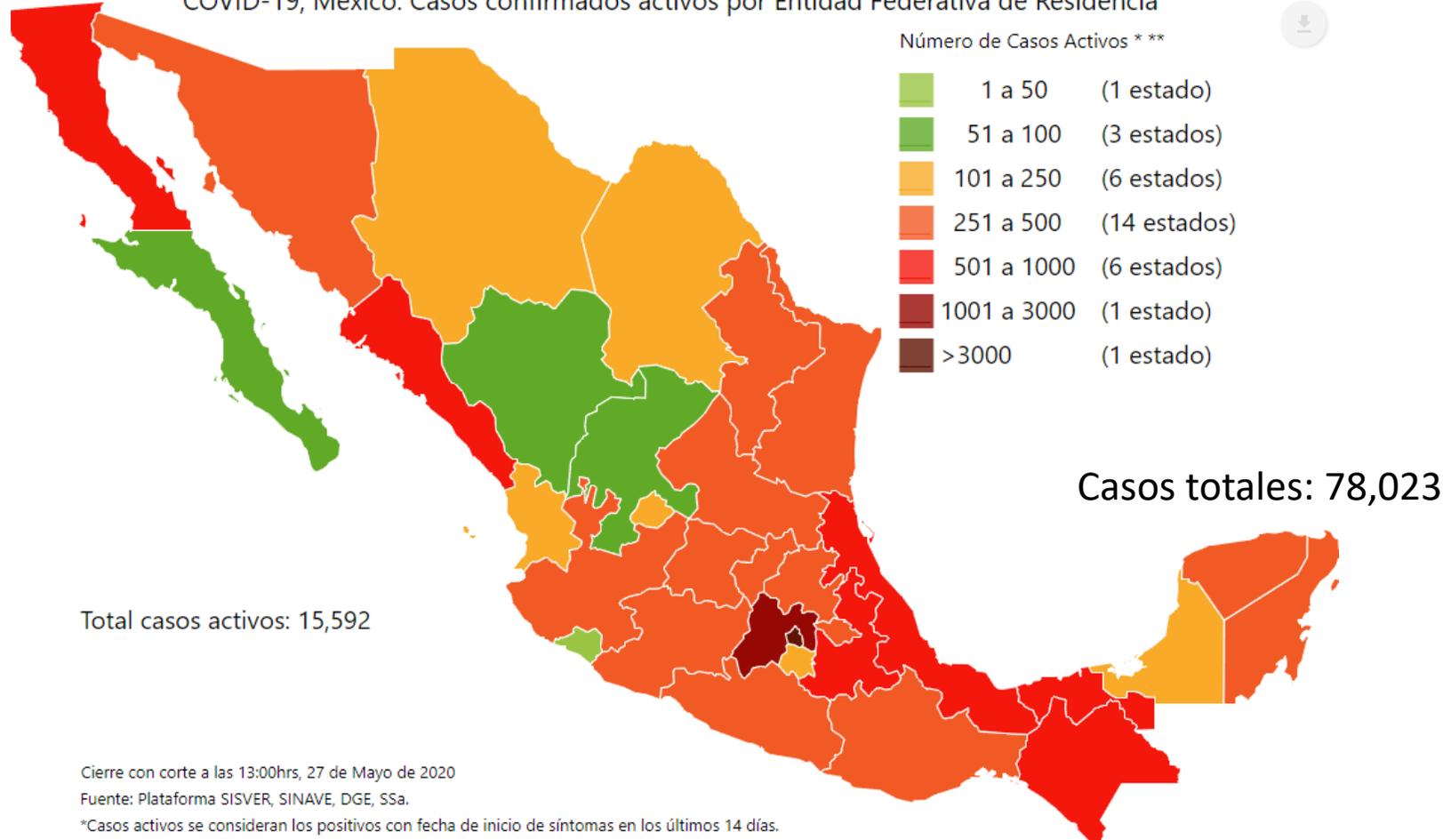
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Situación epidemiológica nacional al 27 de mayo de 2020

COVID-19, México: Casos confirmados activos por Entidad Federativa de Residencia



Ciudad de México:  
**21,826 casos totales**  
**3,820 casos activos**

Casos totales: 78,023

Total casos activos: 15,592

Cierre con corte a las 13:00hrs, 27 de Mayo de 2020

Fuente: Plataforma SISVER, SINAVE, DGE, SSa.

\*Casos activos se consideran los positivos con fecha de inicio de síntomas en los últimos 14 días.

\*\*Por la declaratoria de Fase 3, el mapeo de casos se basa en la entidad de residencia, para poder conocer la carga de enfermedad en cada una.

VER MAPA DE CASOS (Secretaría de Salud)

<https://covid19.sinave.gob.mx/>

Fuente: Secretaría de Salud, 2020.

CIUDAD INNOVADORA  
Y DE DERECHOS



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## *Escenarios de evolución de la enfermedad por COVID 19 en México*

### Escenario 1

- Casos Importados
- Baja transmisión entre personas
- Contagio directo a familiares
- Decenas de casos

### Escenario 2

- Contagio de un familiar del caso importado a otra persona fuera de la familia
- Dificultad para el seguimiento de contactos
- Centenas

### Escenario 3

- Propagación extensa
- En diferentes regiones del país
- Mayor dificultad de romper la cadena de transmisión
- Miles de casos

**Estos escenarios coinciden con los planteados por la OMS.**



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL EN LOS DIFERENTES ESCENARIOS DE COVID-19



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

Qué, Dónde y Cuándo: Se aplica por Localidad o Municipio, en su caso Entidad Federativa

## SANA DISTANCIA

ESCENARIOS	1: Importación Viral	2: Dispersión Comunitaria	3: Epidémico
	Decenas de casos	Cientos de casos	Miles de casos
<b>Saludo entre personas</b>	Ninguna restricción	No saludar de beso ni abrazo	No saludar de beso ni abrazo
<b>Espacios Públicos Cerrados (Teatros, Estadios, Cines, etc)</b>	No necesario	Suspensión de eventos ante brotes	Suspensión de eventos ante brotes
<b>Espacios Públicos Abiertos (Plazas, Parques, Playas, etc)</b>	No necesario	Suspensión de eventos ante brotes	Suspensión de eventos ante brotes
<b>Escuelas, Preparatorias y Universidades</b>	Difusión de mensajes preventivos	Filtro Escolar	Suspensión de clases en escuelas con brotes activos
<b>Lugar de Trabajo</b>	Difusión de mensajes preventivos	Filtro Sanitario	Suspensión de actividades en centros laborales con brotes activos

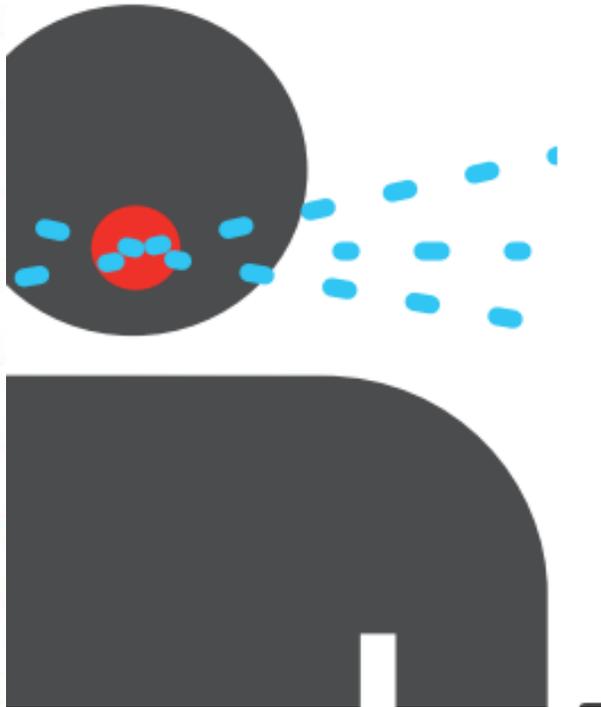
CONSULTAR “INICIA LA FASE 3 POR COVID-19”:

<https://coronavirus.gob.mx/2020/04/21/inicia-la-fase-3-por-covid-19/>

CIUDAD INNOVADORA  
Y DE DERECHOS



## Mecanismo de transmisión



Vía de transmisión	Mecanismo
<b>Gotas</b>	Diseminación por gotas de mas de 5 micras producidas por la persona fuente (hablar, toser, estornudar), éstas se ponen en contacto con la mucosa nasal, oral o conjuntiva de un huésped susceptible. <u>Las gotas alcanzan hasta un metro al hablar y 4 metros al toser o estornudar.</u>
<b>Aerosoles</b>	Diseminación en aerosoles de menos de 5 micras de diámetro. Procedimientos de toma de muestra, intubación endotraqueal, ventilación no invasiva, traqueotomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual entes de entubación y broncoscopia.
<b>Contacto</b>	Directo: contacto con el huésped Indirecto: superficies contaminadas



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Síntomas frecuentes:

- Fiebre (<90% de los casos).
- Malestar general.
- Tos seca (80%).
- Dolor torácico (20%).
- Dificultad respiratoria (15%).

El trabajo clínico debe enfocarse a diagnosticar o descartar neumonía u otras entidades relacionadas.

Radiografías de tórax con radio opacidades bilaterales y las biometrías hemáticas con presencia de leucopenia y linfopenia.

Es fundamental la determinación de los signos vitales y la oximetría de pulso.



**GRUPOS DE RIESGO:**

Niños menores de 5 años, especialmente menores de 2 años.

Adultos  $\geq$  65 años.

Enfermedad pulmonar crónica (EPOC, fibrosis quística, asma).

Enfermedad cardiovascular (excepto hipertensión arterial aislada).

Nefropatía.

Hepatopatía.

Enfermedad hematológica (incluyendo anemia falciforme).

Alteraciones metabólicas (incluyendo diabetes mellitus tipo 1, 2 y gestacional; incluso bajo control).

Afección neurológica o del neurodesarrollo.

Inmunosupresión inducida por medicamentos.

Personas que viven con VIH.

Personas que viven en asilos u otros centros de cuidados a largo plazo.

Mujeres embarazadas y hasta dos semanas posparto.

Personas que tienen obesidad, con un IMC  $\geq$  40.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# MEDIDAS PREVENTIVAS

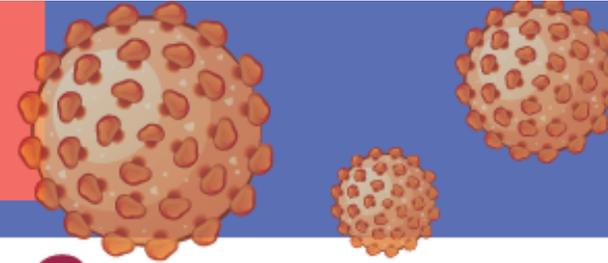


GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## 3 medidas de **prevención** contra el **nuevo coronavirus** **COVID-19**



### 1 Estornudo de etiqueta

Al toser o estornudar, cubre tu boca y nariz con un pañuelo desechable y tíralo a la basura.



O utiliza el ángulo interno del brazo, **¡Nunca con las manos!**



Después, lava tus manos con agua y jabón.



### 2 Lavado de manos frecuente

Lava tus manos correctamente con jabón y agua.



O bien, usa soluciones a base de alcohol gel al 70%.



### 3 Resguardo en casa

En caso de tener síntomas de resfriado o gripe:

- Acudir a revisión médica y no automedicarse
- Evitar contacto con otras personas
- Evitar dar besos, saludar de mano

*Estas medidas no farmacológicas son las más eficaces para evitar que las enfermedades respiratorias se contagien a otras personas.*



CONSULTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

<https://coronavirus.gob.mx/prevencion/>



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaria de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## ¿Cuánto permanece el virus en una superficie?



Por lo tanto, es prioritario mantener una higiene adecuada de los entornos.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



---

## Recomendaciones para el personal de salud:

---

Lavarse las manos con agua y jabón (usando soluciones alcoholadas desinfectantes) antes y después de atender a un paciente.

---

Secarse las manos con toallas desechables o secarlas al aire libre en posición vertical.

---

Evitar en lo posible tocarse ojos, nariz y boca, y lavarse las manos después en caso de haberlo hecho.

---

Usar cubrebocas, en caso de ser posible utilizar lentes para proteger los ojos.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



---

Tirar en el bote de Residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI), todo el material desechable que se utilice con cada paciente (como abatelenguas, hisopos, gasas, guantes).

---

Esterilizar todo el instrumental médico.

---

Mantener limpias todas las áreas de trabajo.

---

Reportar si presentan síntomas respiratorios para que sean evaluados y evitar transmisión intrahospitalaria.

---

Estar vacunados contra influenza.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



---

Lavar con agua, jabón y cloro todas las superficies lavables como paredes, pisos, puertas, manijas, barandales, llaves de lavabos, sanitarios, teléfonos, cortinas corredizas, mobiliario médico y mobiliario en general.

---

Colocar bolsas de plástico dentro de todos los botes para la basura y eliminar éstas haciéndoles un nudo.

---

Permitir la ventilación y entrada de rayos de sol a consultorios, salas de espera, sanitarios, aulas de usos múltiples y otros entornos físicos de la unidad.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



---

Definir una ruta para la atención de personas que acuden con síntomas respiratorios, misma que deberá de ser señalada desde la entrada de la unidad.

---

De ser posible asignar una habitación aislada para todos los pacientes que ingresan como casos sospechosos de COVID-19, en caso de no ser posible se recomienda realizar aislamiento de cohorte con separación de las personas de por lo menos un metro.

---

Verificar la implementación de las medidas recomendadas en áreas de atención al menos una vez por turno por parte del personal de epidemiología.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# DEFINICIONES OPERACIONALES DE CASO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## DEFINICIONES OPERACIONALES

Tienen como objetivo realizar una medición estandarizada de las características que deben cumplir los casos ingresados a un sistema, a efecto de unificar los criterios para su identificación, notificación y seguimiento.

Con la finalidad de detectar la mayoría de los casos a través de los signos y síntomas más frecuentes reportados hasta el momento, así como por los antecedentes epidemiológicos de los casos.

VER LINEAMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (Secretaría de Salud)

[https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento\\_de\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_de\\_enfermedad\\_respiratoria-viral.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento_de_vigilancia_epidemiologica_de_enfermedad_respiratoria-viral.pdf)



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## DEFINICIONES OPERACIONALES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

### Caso Sospechoso a COVID-19

Persona de cualquier edad que en los últimos 7 días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea\*.

Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: disnea (dato de gravedad), artralgias, mialgias, odinofagia/ardor faríngeo, rinorrea, conjuntivitis, dolor torácico.

### Caso confirmado a COVID-19

Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el InDRE.

### Caso de Infección Respiratoria Aguda Grave

Toda persona que cumpla con la definición de caso sospechoso de Enfermedad Respiratoria Leve y además presente dificultad para respirar y esté hospitalizado.

\*En menores de cinco años de edad, la irritabilidad puede sustituir a la cefalea.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

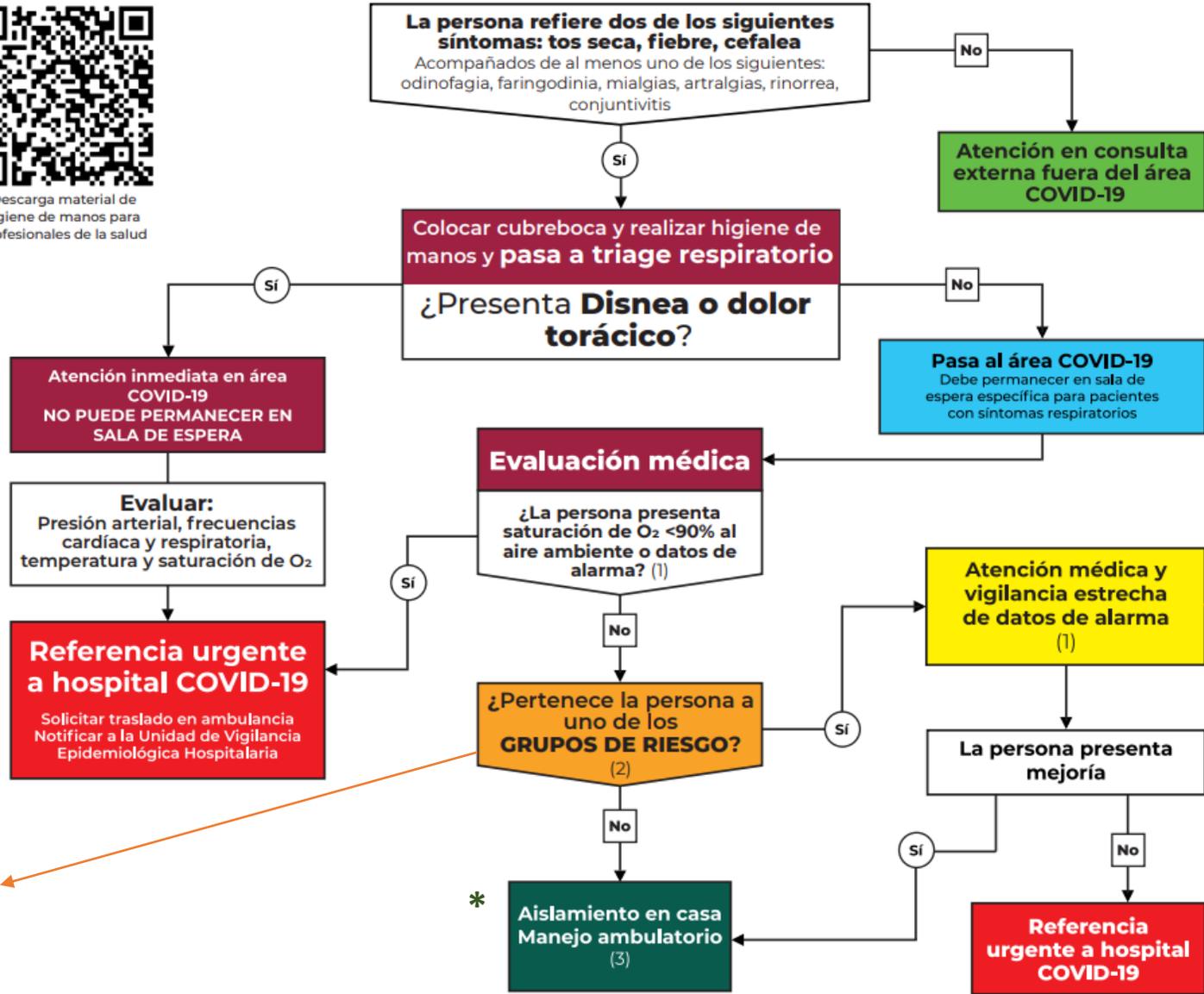
Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# Algoritmo de manejo de casos sospechosos



Descarga material de higiene de manos para profesionales de la salud



**(1) Datos de Alarma**

- Disnea
- Opresión o dolor en el pecho
- Sibilancias
- Cianosis
- Vómito
- Diarrea persistente
- Síntomas neurológicos

**(2) Grupos de Riesgo**

Personas de 60 años cumplidos y más  
Personas en condición de embarazo o puerperio inmediato  
Personas que viven con discapacidad

**Enfermedades**

Hipertensión	Hepática
Diabetes 1 o 2	Inmunosupresión
Diabetes gestacional	VIH/SIDA
Obesidad	Inmunológica
Cardiovascular	Cáncer
Insuficiencia renal	EPOC
Hematopatías	Neurológicas



**\* (3) MANEJO AMBULATORIO**

**Para el control de fiebre, Paracetamol por vía oral:**

**Adultos: 500 mg cada 4-6 horas, sin pasar de 4 g al día.**

**Niños: 10 mg/kg/dosis cada 6 horas.**

**Recomendaciones que debe hacer a pacientes y familiares:**

- 1) Si presenta datos de alarma solicitar atención médica inmediata al número 911.**
- 2) Aislamiento estricto por 14 días.**
- 3) Mantener sana distancia entre personas enfermas y sanas.**
- 4) La persona enferma debe usar cubreboca y reforzar las medidas preventivas básicas: lavado frecuente de manos y etiqueta respiratoria.**
- 5) Limpiar y desinfectar superficies y objetos de uso común.**
- 6) Llevar una alimentación saludable con alimentos altos en vitamina C y consumir al menos 8 vasos de agua simple potable al día.**
- 7) De ser posible, la persona enferma debe usar una habitación exclusiva para su aislamiento.**

VER LINEAMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (Secretaría de Salud)

[https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento de vigilancia epidemiologica de enfermedad respiratoria- viral.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento_de_vigilancia_epidemiologica_de_enfermedad_respiratoria-viral.pdf)



## SEGUIMIENTO CLÍNICO

Se recomienda realizar una consulta de seguimiento a las 24-48 horas, sobre todo en pacientes de alto riesgo:

- Disnea
- Oximetría de pulso <94% al aire ambiente
- Abundantes secreciones
- Taquipnea
- Síndrome pleuropulmonar
- Hipotensión arterial
- Exacerbación de síntomas cardiovasculares o respiratorios de enfermedades crónicas subyacentes.
- Trastorno del estado de conciencia
- Vómito o diarrea persistente
- Descontrol glucémico

ESCALA DE qSOFA ( <i>quick Sequential Organ Failure Assesment</i> )			
VARIABLES	Frecuencia respiratoria $\geq 22$ rpm	Presión arterial sistémica $\leq 100$ mmHg	Escala de Coma de Glasgow $\leq 13$

Si el paciente presenta datos de alarma o al menos un dato de la Escala qSOFA, debe considerarse el traslado a un centro hospitalario.



## MANEJO DE CASOS

### PRECAUCIONES

El médico de primer contacto después de identificar a un paciente con sospecha de enfermedad respiratoria viral, deberá realizar el interrogatorio y atención del caso bajo medidas de precaución estándar, por gotas y por contacto en un cubículo aislado, bien ventilado y mantener la puerta cerrada.

Si el paciente presenta síntomas respiratorios, se le debe proporcionar una mascarilla quirúrgica desechable y pedir que lo use tanto como sea posible tolerar.

El personal deberá llevar a cabo la atención bajo la aplicación de medidas de precaución estándar y basadas en la transmisión por gota y contacto.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## MANEJO DE CASOS

---

En los casos sospechosos que no requieran hospitalización, se deberán manejar en aislamiento domiciliario y dar seguimiento a través del monitoreo diaria durante 7 días o hasta contar con el resultado de laboratorio.

---

Si el caso se confirma, es necesario aislar al paciente hasta 14 días después del inicio de síntomas.

---

El responsable de la unidad médica notificará de inmediato (en menos de 24 horas), todo caso que cumpla la definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, **deberá notificar a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente**, quienes harán del conocimiento al nivel jerárquico técnico superior; enviando el estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral debidamente requisitado, cuando sea el caso.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# Vigilancia Epidemiológica de Casos



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL

La vigilancia epidemiológica de COVID-19 cambiará de una vigilancia nacional a vigilancia centinela:

La vigilancia nacional únicamente se realizará para los casos graves (Infección Respiratoria Grave).

La vigilancia centinela se realizará en las 475 unidades activas actualmente del SISVEFLU, el cual cambiará su nombre de SISVER.

El muestreo se realizará tomando en cuenta los siguientes porcentajes:

Casos sospechosos leves: 10% (ambulatorios)

Casos sospechosos con sintomatología grave: 100% (dificultad respiratoria).

Tomar el 100% de muestras a pacientes graves que cumplan definición de Infección Respiratoria Grave (IRAG), **de todas las unidades médicas** del país.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



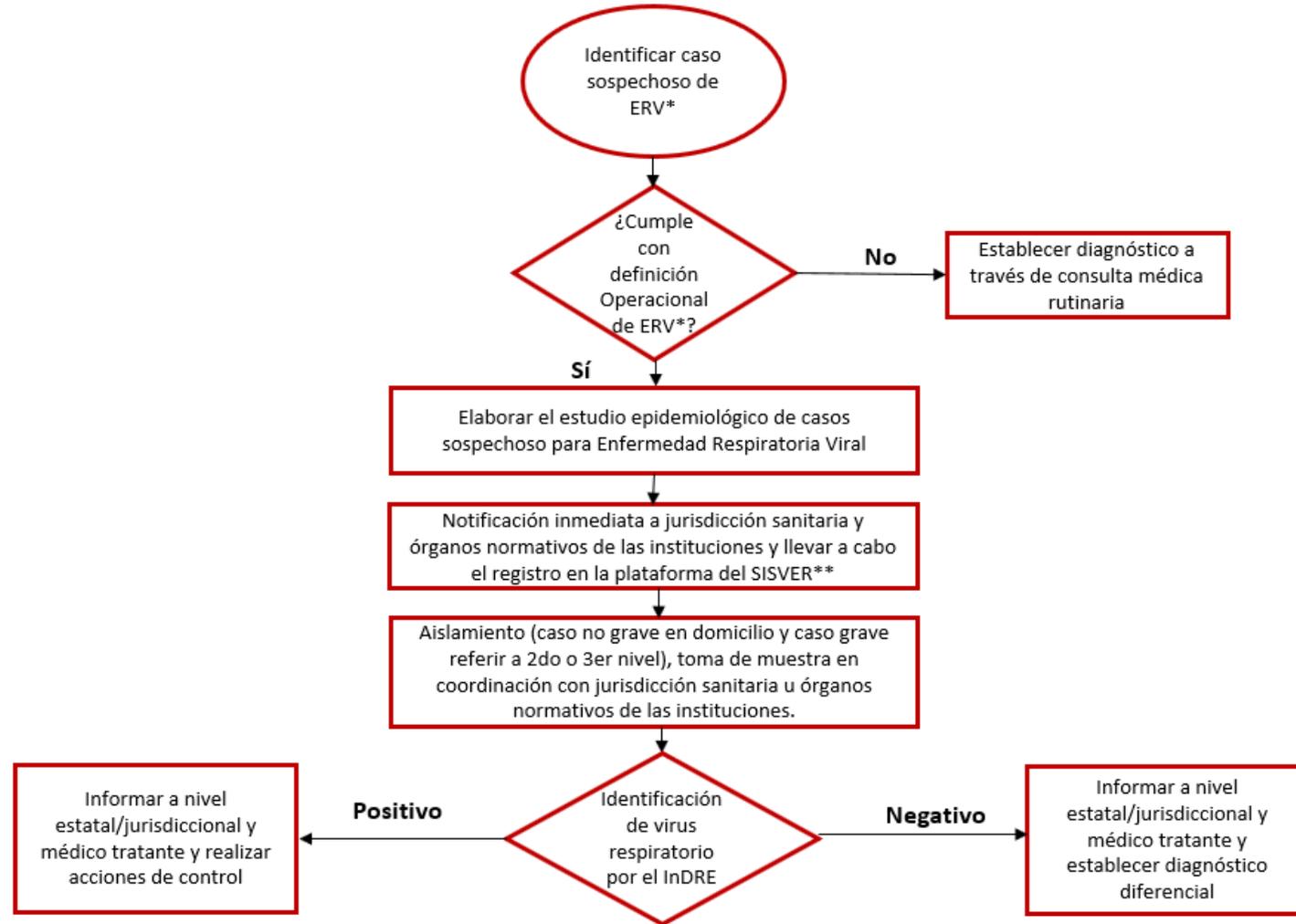
## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL

Todas las unidades que conforman el Sistema Nacional de Salud deberán realizar la notificación a la Notificación Convencional (SUIVE) del 100% de los casos que cumplan con definición operacional de casos de enfermedad respiratoria viral y únicamente llenar el estudio epidemiológico de caso para pacientes graves.

Si el caso se detecta en el primer nivel de atención médica, se llevará a cabo la coordinación con la Jurisdicción Sanitaria, para el llenado del estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, así como la toma de muestra.



## ALGORITMO DE DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL



\*Enfermedad Respiratoria Viral

\*\*De acuerdo al modelo centinela



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. (SUIVE).



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Objetivo

Identificar de forma temprana y oportuna tanto el incremento inusual en la notificación de casos de aquellas enfermedades sujetas a vigilancia, como la aparición de nuevas enfermedades, mediante el registro convencional de las diferentes enfermedades que se presentan en una población.



Brindar información que nos permita...

- Oportuna toma de decisiones.
- Establecer políticas de salud.
- Investigar y analizar las tendencias de la morbilidad.



FENOMENO  
SALUD-ENFERMEDAD



## Historia



1944- Inicia la notificación periódica de las enfermedades infectocontagiosas con 14 padecimientos.

1945- Se crea y pone en operación la hoja epidemiológica que concentraba la información de morbilidad, esta fue modificándose hasta la década de los 70 en la que se conoce como formato de reporte EPI-1-79, el cual se basaba en la clasificación de CIE-9. También durante este año se establece la Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedad.

1985- Se modifica el formato para incluir información de enfermedades crónico-degenerativas y cambia su nombre a EPI-1-85, se comienzan a usar computadoras para concentrar y organizar los datos obtenidos del formato.

1994- Se inicia mediante el Acuerdo Secretarial número 130 la conformación del SUIVE, estableciendo así, tanto el uso del formato EPI-1-95 para todo el Sector Salud como la captura de los datos en el programa de computo SUAVE.

2000- El formato de registro cambio su nombre por SUIVE-1-2000, en donde se incrementa a 96 el numero de diagnósticos contenidos en este, en el 2003 se integra la información por sexo; en los siguientes años continúan realizándose modificaciones ingresando un mayor numero de diagnósticos.

2020- Actualmente se notifican 147 padecimientos y se realizó una modificación agregándose el padecimiento COVID2019 (EPI-clave 191).



Componentes

Sistema Único de  
Información para la  
Vigilancia Epidemiológica  
(SUIVE)

Notificación  
convencional de Casos  
Nuevos de  
Enfermedad

Formato SUIVE-2020

Sistema Único  
Automatizado para la  
Vigilancia  
Epidemiológica  
(SUAVE)

Sistema de cómputo  
que permite las  
acciones de captura  
análisis y emisión de  
reportes.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# Notificación convencional de Casos Nuevos de Enfermedad (Formato SUIVE-2020)





## Metodología de la Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedad.

### Unidades de Salud u Hospitales

Concentran de forma semanal en el formato SUIVE-1-20 la información obtenida de las hojas diarias del médico, o de consulta externa de todo diagnóstico de primera vez, sujeto a vigilancia.



Se genera una hoja por unidad

### Nivel jurisdiccional

Recibe los formatos de las unidades médicas y hospitales correspondientes, realiza la 1era validación y la captura en la herramienta SUAVE.

### Nivel estatal

Recibe la información de todas las jurisdicciones y realiza la 2da validación.

### Nivel federal

Revisa y valida las bases de datos de cada estado y una vez validada la información procede a su difusión.





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



El formato actual SUIVE 2020 notifica el comportamiento de **147 enfermedades sujetas a vigilancia**, las cuales se encuentran divididas en 16 grupos.

1. Enfermedades Prevenibles por vacunación. (**19 enfermedades**)
2. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias del Aparato Digestivo. (**14 enfermedades**)
3. Enfermedades Infecciosas del Aparato Respiratorio. (**6 enfermedades**)
4. Enfermedades de transmisión sexual. (**11 enfermedades**)
5. Enfermedades transmitidas por vector. (**16 enfermedades**)
6. Zoonosis. (**6 enfermedades**)
7. Otras Enfermedades Exantemáticas. (**2 enfermedades**)
8. Otras Enfermedades Transmisibles. (**14 enfermedades**)
9. Enfermedades de Interés Regional o Local. (**4 enfermedades**)
10. Enfermedades bajo vigilancia sindromática. (**5 enfermedades**)
11. Enfermedades no transmisibles. (**26 enfermedades**)
12. Nutrición (**5 enfermedades**)
13. Displasias y Neoplasias (**4 enfermedades**)
14. Defectos al nacimiento (**5 enfermedades**)
15. Enfermedades Neurológicas y de Salud Mental (**3 enfermedades**)
16. Accidentes (**7 enfermedades**)

**NOM-017 Para la  
vigilancia epidemiológica**

En el listado de estos padecimientos, se incluye en algunos su Código CIE-10 y EPI CLAVE





Grupo	Diagnóstico y Código CIE10a Revisión	EPI Clave
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	MENINGITIS TUBERCULOSA (* + ) A17.0	44
	TÉTANOS (* + #) A34, A35	85
	TÉTANOS NEONATAL (* + #) A33	86
	DIFTERIA (* + #) A36	82
	TOS FERINA (* + #) A37	83
	SARAMPIÓN (* + #) B05	87
	RUBÉOLA (* + #) B06	32
	PAROTIDITIS INFECCIOSA B26	42
	HEPATITIS VÍRICA B (+ #) B16	38
	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (* + #) P35.0	100
	HEPATITIS VÍRICA A (+ #) B15	37
	ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS (* + #) A08.0	137
	INFECCIONES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (* + #) A41.3, G00.0, J14	99
	POLIOMIELITIS AGUDA (* + #) A80	75
	MENINGITIS MENINGOCÓCICA (* + #) A39.0	40
	INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO B97.7	101
	ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCCO (* + #) A40.3, G00.1, J13	176
	INFLUENZA (* + #) J09-J11	90
VARICELA (#) B01	33	

En la primera columna, se encuentra el grupo al que pertenece el diagnóstico.

En la segunda columna, se enlistan los padecimientos incluidos en cada uno de estos grupos, algunos de estos cuentan con un signo (\*) (+) (#) a su derecha, los cuales son señalamientos para indicar que se debe efectuar una actividad adicional, también se encuentra el código que le fue asignado por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En la tercer columna, se observa para algunos de estos padecimientos la EPI CLAVE, útil para identificar los padecimientos en el SUAVE.



### Diagnóstico y Código CIE10a Revisión

MENINGITIS TUBERCULOSA (* + ) A17.0
TÉTANOS (* + #) A34, A35
TÉTANOS NEONATAL (* + #) A33
DIFTERIA (* + #) A36
TOS FERINA (* + #) A37
SARAMPIÓN (* + #) B05
RUBÉOLA (* + #) B06
PAROTIDITIS INFECCIOSA B26
HEPATITIS VÍRICA B (+ #) B16
SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (* + #) P35.0
HEPATITIS VÍRICA A (+ #) B15
ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS (* + #) A08.0

### (\* + #) SEÑALAMIENTOS PARA EFECTUAR UNA ACTIVIDAD ADICIONAL

(\* ) Se refieren a enfermedades de **notificación inmediata** y deben reportarse al nivel jerárquico superior inmediato en un plazo no mayor a 24 horas.

(+ ) Se debe realizar el **estudio epidemiológico de caso** y reportar en su respectivo formato.

(# ) Quiere decir que se debe realizar **notificación de brote** y llenar formato correspondiente.





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



En el anverso de cada una de las hojas contiene la ficha de identificación de la unidad medica las cuales deben de llenarse sin omitir ninguno de los datos.

							<b>SISTEMA NACIONAL DE SALUD</b> Informe semanal de casos nuevos de enfermedades	<b>SUIVE-1-2020</b>		
<i>Instrucciones: Llene a máquina preferentemente; remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve una copia</i>										
Clave Unidad SUAVE: [ ]			Semana No. [ ]		del: [ ]	de: [ ]	al: [ ]	de: [ ]	de 20 [ ]	CLUES: [ ]
Municipio: [ ]			Jurisdicción: [ ]			Entidad o Delegación: [ ]				
Secretaría de Salud 1	IMSS 2	ISSSTE 3	Otras (especificar) 4 [ ]		IMSS-Prospera 5	DIF 6	PEMEX 7	SEDENA 8	SEMAR 9	

Posteriormente, se tomará como base para el llenado del formato SUIVE-2020 la hoja de consulta diaria del o de los médicos que otorgan consulta dentro de la misma unidad y deberán tomarse en cuenta únicamente los diagnósticos de **PRIMERA VEZ**.



1

Paso fundamental al ser la hoja diaria de consulta, la fuente principal para el llenado del formato SUIVE-2020.

Cada médico que labore dentro del consultorio deberá realizar diariamente el llenado de su hoja diaria de consulta o su equivalente.

En aquellos diagnósticos de interés epidemiológico marcados con alguna actividad adicional, se deberá notificar inmediatamente a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente para que se realicen las actividades de campo necesarias y evitar la pérdida o seguimiento de los pacientes.

2

El médico encargado de la unidad deberá concentrar las hojas de consulta (o su equivalente) correspondiente a la semana epidemiológica a notificar y concentrar la información semanal en el formato SUIVE 2020

ENERO								
SEM EPI	D	L	M	M	J	V	S	SEM NOT
1		1	2	3	4	5	6	52
2	7	8	9	10	11	12	13	1
3	14	15	16	17	18	19	20	2
4	21	22	23	24	25	26	27	3
5	28	29	30	31				4

Semana Epidemiológica

Notificación ocurrida del Domingo al Sábado.



3

El médico concentrará en el formato SUIVE-2020, todos los **casos de primera vez** de aquellos padecimientos que se encuentran sujetas a vigilancia que se hayan registrado en las hojas diarias de consulta, colocándolos en el lugar correspondiente por sexo y edad del paciente.

4

Deberá de entregar el formato SUIVE-2020 a la **JURISDICCIÓN SANITARIA** a más tardar el martes de la semana siguiente a la que corresponde la notificación, para su concentración y captura en el SUAVE.

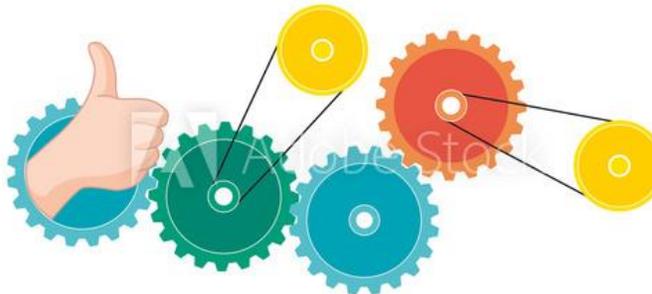
**Nota Importante:**

El formato deberá estar debidamente llenado, caso contrario la Jurisdicción no recibirá el formato y lo informará a el área de regulación sanitaria del incumplimiento de este

La entrega oportuna de la información es uno de los elementos esenciales para el correcto funcionamiento de la vigilancia.

Antes de su entrega el médico deberá verificar que:

- Todos los datos solicitados en las fichas de identificación se encuentren llenados completa y correctamente.
- Diagnósticos correspondan al sexo y grupo de edad permitidos.
- Que las sumatorias por sexo y totales concuerden.



#110406952



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# Subsistema de Prestación de Servicios (SIS).



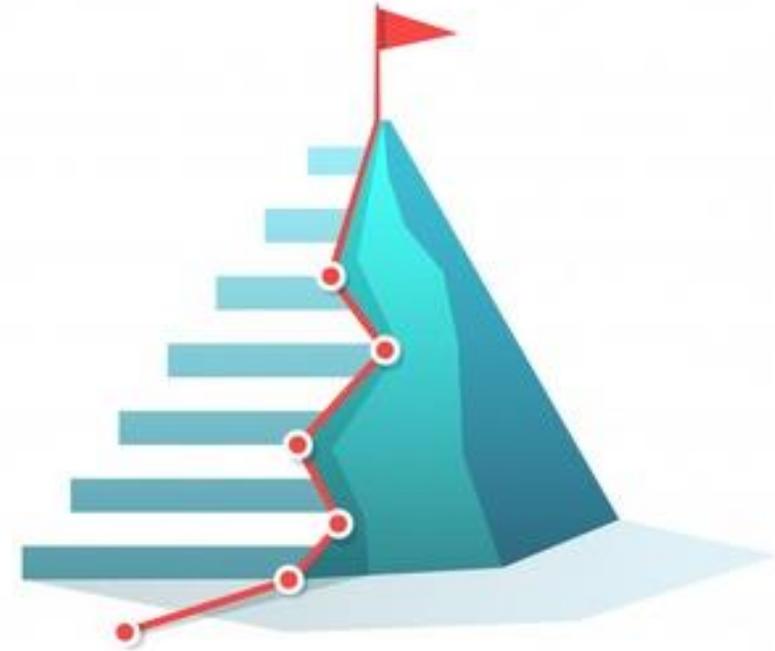
GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Objetivo

Conocer las distintas acciones y actividades realizadas por las unidades médicas, nos permite justificar y gestionar el uso de recursos, analizar su impacto en el fenómeno salud-enfermedad y como base para la planeación y toma de decisiones.





## Metodología del funcionamiento del SIS.

Unidades y  
establecimientos  
de salud.



1. Registro de datos y  
generación de informe

Se inicia la captura de información en los formatos primarios establecidos por la DGIS.

Con base en estos, se consolida el informe final por unidad o establecimiento.

Unidades  
primarias de  
Integración  
Estadística,  
Jurisdicciones  
Sanitarias o  
Áreas de  
estadística de  
los SESA



2. Captura e integración  
de estadísticas

Se inicia la captura de información en los formatos primarios establecidos por la DGIS.

Con base en estos, se consolida el informe final por unidad o establecimiento.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# Formato de la Hoja Diaria de Consulta Externa





# Hoja Diaria de Consulta Externa

SINBA-SIS-01-P

GOBIERNO DE MÉXICO SALUD SECRETARÍA DE SALUD

## HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA

FECHA:  /  /

DÍA      MES      AÑO

CLUES:  NOMBRE UNIDAD:  CURP:  TIPO DE PERSONAL:  CÉDULA PROFESIONAL:  SERVICIO:

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO:

**TIPO DE PERSONAL:** 1.MÉDICO PASANTE, 2.MÉDICO GENERAL, 3.MÉDICO RESIDENTE, 4.MÉDICO ESPECIALISTA, 5.PASANTE DE ENFERMERÍA, 6.ENFERMERA, 7.PASANTE DE NUTRICIÓN, 8.NUTRIÓLOGO, 9.HOMEÓPATA, 10.MÉDICO TRADICIONAL, 11.TAPS, 15.PASANTE DE PSICOLOGÍA, 16.PSICÓLOGO, 20.LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, 21.PARTERA TÉCNICA, 22. PROMOTOR DE SALUD, 88. OTROS  
**SERVICIO:** 3.CIRUGÍA, 4.CONSULTA EXTERNA GENERAL, 5.GINECOOBSTETRICIA, 6.HOMEOPATIA, 7.MEDICINA INTERNA, 8.MEDICINA PREVENTIVA, 9.MEDICINA TRADICIONAL, 13.OFTALMOLOGÍA, 14.OTORRINOLARINGOLOGÍA, 16.PEDIATRÍA, 22.SERVICIO AMIGABLE, 23.TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA, 24.ACUPUNTURA, 25.ALERGOLOGÍA, 26.ANESTESIOLOGÍA Y PALIATIVOS, 27.ANGIOLOGÍA, 28.AUDILOGÍA, 29.OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA, 29.BRIGADA O CONSULTA EN CASA, 30.CARDIOLOGÍA, 31.CIRUGÍA MAXILOFACIAL, 32.CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA, 33.CLÍNICA DE DOWN, 34.DERMATOLOGÍA, 35.ENDOCRINOLOGÍA, 36.EPIDEMIOLOGÍA, 37.GASTROENTEROLOGÍA, 38.GENÉTICA, 39.GERIATRÍA, 40.HEMATOLOGÍA, 41.INFECTOLOGÍA, 42.IMMUNOLOGÍA, 43.MEDICINA INTEGRADA, 44.MEDICINA NUCLEAR E IMAGENOLOGÍA MOLECULAR, 45.NEFROLOGÍA, 46.NEONATOLOGÍA, 47.NEUMOLOGÍA, 48.NEUROCIRUGÍA, 49.NEUROLOGÍA, 50.NUTRICIÓN, 51.PSICOLÓGIA, 52.OPTOMETRIA, 53.PROCTOLOGÍA, 54.REHABILITACIÓN, 55.REUMATOLOGÍA, 56.TAES, 57.TRASPLANTES, 58.UNIDAD DE QUEMADOS, 59.UROLOGÍA, 88.OTROS

No.	DERECHOHABIENTE	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				EDAD Y CLAVE DE LA EDAD		SEXO	SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS	INDÍGENA	MEDICIONES: PESO / TALLA		PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA Y RESPIRATORIA	TEMPERATURA	GLUCOSA Y AYUNO (SI/NO)	No. TIRAS UTILIZADAS	PRIMERA VEZ EN EL AÑO	IMC 10 - 19 AÑOS	SINT. RESPIRATORIO TB	DIFICULTAD PARA (DISCAPACIDAD)	MIGRANTE	RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO	DIAGNÓSTICO												SALUD REPRODUCTIVA												SALUD DEL NIÑO												PROMOCIÓN DE LA SALUD	UNIDAD CON SULTANTE TELEMEDICINA	FECHA PRÓXIMA CITA																																																																																																																																																			
		1	2	3	4	5	6				7	8												9	10	11	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24																																																																																																																																																														
1	No. DE SEGURIDAD	FOLIO DE RECETA	EXPEDIENTE	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43	44	44	45	45	46	46	47	47	48	48	49	49	50	50	51	51	52	52	53	53	54	54	55	55	56	56	57	57	58	58	59	59	60	60	61	61	62	62	63	63	64	64	65	65	66	66	67	67	68	68	69	69	70	70	71	71	72	72	73	73	74	74	75	75	76	76	77	77	78	78	79	79	80	80	81	81	82	82	83	83	84	84	85	85	86	86	87	87	88	88	89	89	90	90	91	91	92	92	93	93	94	94	95	95	96	96	97	97	98	98	99	99	100	100																			
No utilice abreviaturas																						7	RT	8	RT	9		10		11		12		13	13	14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		38		39		40		41		42		43		44		45		46		47		48		49		50		51		52		53		54		55		56		57		58		59		60		61		62		63		64		65		66		67		68		69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		80		81		82		83		84		85		86		87		88		89		90		91		92		93		94		95		96		97		98		99		100	

**RT (RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO):** 0.PRIMERA VEZ, 1.SUBSECUENTE

**1. DERECHOHABIENTE:** 1. IMSS, 2. ISSSTE, 4. SPSS/INSABI, 8. OTRA

**2. CLAVE DE EDAD:** D. DÍAS, M. MESES, A. AÑOS

**3. SEXO:** 1. HOMBRE, 2. MUJER, 8. SE IGNORA, 9. NO ESPECIFICADO

**4. NÚMERO DE TIRAS a)** C. PACIENTE CON DIABETES EN CONTROL, E. EMBARAZADA SIN DIABETES; b) NÚMERO DE TIRAS

**5. IMC:** 1. OBESIDAD, 2. SOBREPESO, 3. NORMAL, 4. BAJO PESO

**6. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD)** a) 1. VER, 2. ESCUCHAR, 3. CAMINAR, 4. USAR BRAZOS/MANOS, 5. APRENDER/RECORDAR, 6. CUIDADO PERSONAL, 7. HABLAR/COMUNICARSE, 8. EMOCIONAL/MENTAL, 9. NINGUNA  
b) 1. Poca dificultad, 2. Mucha dificultad, 3. No puede hacerlo, 9. Sin dificultad  
c) 1. Enfermedad, 2. Edad avanzada, 3. Nació así, 4. Accidente, 5. Violencia, 6. Otra causa, 9. Sin dificultad

**7. PROGRAMA:** 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, 2. CRÓNICO DEGENERATIVAS, 3. OTRAS ENFERMEDADES, 4. A SANOS

**8. RIESGO:** 1. PATOLOGÍA CRÓNICA ÓRGANO FUNCIONAL 2. PATOLOGÍA CRÓNICA INFECCIOSA 3. ANTECEDENTES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 4. CON FACTORES DE RIESGOS SOCIALES 5. ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE RIESGO 9. SIN RIESGO

**9. TRIMESTRE:** 1. PRIMERO, 2. SEGUNDO, 3. TERCERO

**10. COMPLICACIONES:** 1. DIAGNÓSTICO DE DM, 2. INFECCIÓN URINARIA, 3. PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA, 4. HEMORRAGIA

**11. OTRAS ACCIONES A EMBARAZADAS:** 1. CON ANÁLISIS CLÍNICOS, 2. PRESCRIPCIÓN DE ÁCIDO FÓLICO, 3. APOYO A TRASLADO OBSTÉTRICO

**12. PUERPERA ACEPTANTE PF:** 1. HORMONAL, 2. DIU

**13. OTROS EVENTOS:** 1. PERI Y POSTMENOPAUSIA, 2. TTS, 3. PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA, 4. CÁNCER MAMARIO, 5. COLPOSCOPÍA, 6. CÁNCER CERVICOUTERINO

**14. PESO PARA LA TALLA:** 1. OBESIDAD, 2. SOBREPESO, 3. NORMAL, 4. DESNUTRICIÓN LEVE, 5. DESNUTRICIÓN MODERADA, 6. DESNUTRICIÓN GRAVE

**15. EDI TIPO:** 1. INICIAL, 2. SUBSECUENTE

**16. RESULTADO EDI:** INICIAL: 1. VERDE, 2. AMARILLO, 3. ROJO; SUBSECUENTE: 4. RECUPERADO DE REZAGO, 5. RECUPERADO DE RIESGO DE RETRASO, 6. EN SEGUIMIENTO

**17. RESULTADO BATTELLE:** 1. MAYOR O IGUAL A 90, 2. DE 89 A 80, 3. MENOR O IGUAL A 79

**18. APLICACIÓN DE CÉDULA CÁNCER EN EL AÑO:** 1. PRIMERA VEZ, 2. SEGUNDA VEZ

**19. EDA PLAN TRATAMIENTO:** 1. A, 2. B, 3. C

**20. IRA TRATAMIENTO:** 1. SINTOMÁTICO, 2. ANTIBIÓTICO

**21. REFERIDO POR:** 1. EMBARAZO ALTO RIESGO, 2. SOSPECHA CÁNCER <18 AÑOS, 3. IRA's, 4. NEUMONÍA, 5. OTRAS



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# Registro de las causas de muerte en el Certificado de Defunción



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Certificado de Defunción

Fuente primaria para conocer las enfermedades y lesiones que causan la muerte en la población para:



A fin de prevenir muertes prematuras o retrasar la aparición de complicaciones.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Certificado de Defunción

La generación de las estadísticas de mortalidad general y fetal deben basarse en el concepto de **causa básica de defunción**, captando además todas las causas contenidas en el Certificado, con apego a los procedimientos normados en la Clasificación Internacional de las Enfermedades en materia de registro, codificación de las causas de defunción y selección de la causa básica.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Norma Oficial Mexicana en materia de información en Salud (NOM-035-SSA3-2012):

"Todo profesional de la salud o persona facultada por la autoridad sanitaria correspondiente que expida un Certificado de Defunción o un Certificado de Muerte Fetal debe estar capacitado para su correcto llenado y es considerada responsable de la información contenida en los mismos para los efectos de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables."



## *Causas de Defunción*

### CAUSA DE DEFUNCIÓN

- Aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones.

### CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN:

- Es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Certificado de Defunción

Estas estadísticas deben incluir además información acerca del fallecido y sus variables sociodemográficas, sobre los servicios de salud recibidos y las circunstancias que acompañaron a la defunción.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## *Descripción del Certificado de Defunción*

### 6 secciones:

- Datos del Fallecido (reactivos 1 – 13). Datos sociodemográficos del fallecido y derechohabencia.
- Datos de la Defunción (reactivos 14 – 21). Permite ubicar en tiempo, lugar y causas de la defunción.
- Datos de Muertes Accidentales y Violentas (reactivo 22). Indagar sobre presunta intencionalidad del evento; si fue un presunto accidente, homicidio o suicidio.
- Datos del Informante (reactivos 23 y 24).
- Datos del Certificante (reactivos 25 a 30).
- Datos del Registro Civil (reactivos 31 y 32). Obtener información para verificar la cobertura del registro de las defunciones.





<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1    IMSS <input type="radio"/> 3    PEMEX <input type="radio"/> 5    SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2    ISSSTE <input type="radio"/> 4    SEDENA <input type="radio"/> 6    Otra unidad pública <input type="radio"/> 8    Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____				Vía pública <input type="radio"/> 10    Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11    Se ignora <input type="radio"/> 99		
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> 15.1 Tipo de vialidad _____    15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____    15.4 Núm. Interior _____    15.5 Tipo de asentamiento humano _____    15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____    15.8 Localidad _____    15.9 Municipio o delegación _____    15.10 Entidad federativa _____				<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2		
DE LA DEFUNCIÓN	<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ <b>Causas antecedentes</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ _____ _____		Uso exclusivo del personal codificador <b>Código CIE</b> _____ _____ _____	
	<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo _____ _____									
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> <b>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</b> El embarazo <input type="radio"/> 1    El parto <input type="radio"/> 2    El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4    No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			<b>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2		<b>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2		Uso exclusivo del personal codificador <b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> <b>Código CIE</b> _____			



<b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>	<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1    Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</b> Vivienda particular <input type="radio"/> 0    Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1    Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2    Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5			Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>22.4</b> Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio							
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio										
22.7.1 Tipo de vialidad			22.7.2 Nombre de la vialidad							
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano			22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o delegación			22.7.10 Entidad federativa		
<b>DEL INF.</b>	<b>23. NOMBRE</b> Nombre(s)    Primer Apellido    Segundo Apellido						<b>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b>			
	<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> 1    Médico legista <input type="radio"/> 2    Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4    Autoridad civil* <input type="radio"/> 5    Otro* <input type="radio"/> 8    *Especifique						<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> Número de la cédula profesional			
<b>DEL CERTIFICANTE</b>	<b>27. NOMBRE</b> Nombre(s)    Primer Apellido    Segundo Apellido						<b>28. FIRMA</b>			
	<b>29. DOMICILIO y TELÉFONO</b>									
	29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad			29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano
	29.6 Nombre del asentamiento humano			29.7 Código Postal		29.8 Localidad		<b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> Día    Mes    Año		
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa			29.11 Teléfono					
<b>DEL REG. CIVIL</b>	<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> Núm. _____, Libro Núm. _____			<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b>						
	31.1 Acta Núm. _____			32.1 Localidad _____		32.2 Municipio o delegación _____		32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día    Mes    Año



## ***Causas de Defunción***

Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte.

*Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.*

### **Parte I.**

Anote en el inciso (a) la enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte; si la causa mencionada en dicho inciso se debió a una causa antecedente, se registra en el inciso (b); si a su vez, ésta es originada por una tercera, anótela en el inciso (d).

Se pueden registrar hasta 4 causas (una por línea).



## Ejemplo de un registro correcto

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  <b>Causas, antecedentes</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a)	<b>Coma</b>	← Causa directa o final	2 días
		Debido a (o como consecuencia de)		
	b)	<b>Cetoacidosis</b>	← Causa interviniente	7 días
		Debido a (o como consecuencia de)		
	c)	<b>Diabetes mellitus tipo II con glomerulonefritis</b>	← Causa básica	11 años
	d)	Debido a (o como consecuencia de)		
<b>PARTE II</b>				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		<b>Hipertensión arterial</b>	← Causa contribuyente	5 años

Tiempo (-)  
(+)



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## *Causas de Defunción*

No es estrictamente necesario llenar los renglones (b), (c) y (d) siempre y cuando la causa informada en el inciso (a) describa por completo la defunción; es decir, que por sí misma sea la causa de muerte, sin necesidad de causas previas.

### **Parte II.**

Se anota alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I (a, b, c o d).



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## *Causas de la Defunción*

Es importante que:

- Verifique la ocurrencia de la muerte.
- Registre cada causa de defunción lo más específico posible.
- No registre procedimientos médicos.
- No registre modos de morir, como paro cardiorrespiratorio o falla orgánica múltiple.
- Anote el intervalo de tiempo entre el inicio de las causas y la muerte.
- No use abreviaturas ni siglas en el registro de las causas.



## *Causas de la Defunción*

### Causa básica de la defunción.

Este espacio es para uso exclusivo de personal codificador, favor de dejarlo en blanco.

Uso exclusivo del personal codificador
Código CIE

Uso exclusivo del personal codificador
<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b>
Código CIE



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

CORRECTO LLENADO DEL  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
MUERTES POR VIRUS  
SARS-COV2 (COVID-19)

CIUDAD **INNOVADORA**  
Y DE **DERECHOS**



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## ***Causas de la Defunción Covid 19 confirmado o sospechoso***

### **Casos confirmados. Clave CIE U07.1**

Un caso confirmado es una persona con confirmación de laboratorio de infección con el virus SARS-CoV2, independientemente de los signos y síntomas clínicos.



## Casos sospechosos. Clave

**CIE U07.2**

Un paciente con enfermedad respiratoria aguda (es decir, fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo, tos o dificultad para respirar). Y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica y una historia de viaje o residencia en un país, área o territorio que ha informado la transmisión local de la enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.

Un paciente con alguna enfermedad respiratoria aguda y que haya estado en contacto con un caso confirmado o probable de enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.

Un paciente con infección respiratoria aguda grave (es decir, fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo, tos o dificultad para respirar) y que requiere hospitalización y que no tiene otra etiología que explique completamente el cuadro clínico.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Casos probable. **Clave CIE U07.2**

Un caso probable es un caso sospechoso para quien el informe de las pruebas de laboratorio por el virus SARS-CoV2, no es concluyente.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## ***Consideraciones al llenar el Certificado de Defunción de pacientes con COVID-19***

- El diagnóstico de COVID-19 debe ser registrado en la última línea utilizada en la parte I del certificado.
- Anotar si el caso es Confirmado, Probable o Sospechoso.
- En la parte II registrar comorbilidades.



## Ejemplo de CASO CONFIRMADO

**19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)

**PARTE I**

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

**Síndrome de distrés respiratorio agudo.**

a)

Debido a (o como consecuencia de)

**Enfermedad respiratoria aguda Covid-19 Confirmado.**

b)

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

**Causas antecedentes**

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

**PARTE II**

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo

**Hipertensión arterial sistémica.**

**Obesidad.**



**Ejemplo 2) Masculino, 71 años de edad.** Fue diagnosticado con COVID-19 posterior a su regreso de un viaje a Europa hace 3 semanas. Esta afección le provocó síndrome de distrés respiratorio agudo y posteriormente falla orgánica múltiple. Padecía diabetes insulino dependiente mal controlada desde hace 9 años.

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  <b>Causas antecedentes</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) <u>Falla orgánica múltiple</u> Debido a (o como consecuencia de)	minutos	
	b) <u>Síndrome de distrés respiratorio agudo</u> Debido a (o como consecuencia de)	1 semana	
	c) <u>Enfermedad respiratoria aguda n-CoV 19</u> Debido a (o como consecuencia de)	3 semanas	
	d) <u>Diabetes mellitus insulino dependiente mal controlada</u>	9 años	
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo			
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1      El parto <input type="radio"/> 2      El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4      No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1      No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1      No <input type="radio"/> 2
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1      Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3      Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1      No <input type="radio"/> 2      Se ignora <input type="radio"/> 9	<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE _____
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0      Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1      Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2      Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Área industrial (lateral, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a) _____



## Ejemplo de CASO SOSPECHOSO O PROBABLE

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

### PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

**Insuficiencia respiratoria.**

a)

Debido a (o como consecuencia de)

**Neumonía atípica o no especificada.**

b)

Debido a (o como consecuencia de)

**Probable SARS-CoV2 (COVID-19).**

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

Causas antecedentes  
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

### PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo

**Diabetes mellitus.**

**Hipertensión arterial.**



## Ejemplo de CASO SOSPECHOSO O PROBABLE

**Ejemplo 4) Femenino, 32 años de edad.** Cursó con insuficiencia respiratoria aguda minutos antes de fallecer y neumonía cinco días previos. El cuadro clínico y dado el contexto epidemiológico, sugería una infección por virus SARS-COV2. Falleció antes de la prueba confirmatoria. Como dato adicional padecía obesidad mórbida 20 años antes de su fallecimiento.

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)	minutos	Código CIE
	b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)	5 días	
	c) Probable SARS-COV2 Debido a (o como consecuencia de)	2 semanas	
	d)		
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		20 años	
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> <b>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</b> El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		<b>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	<b>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE			Uso exclusivo del personal codificador

**NOTA:** Observe que en este ejemplo la variable 21 relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, el certificante no omitió esa información.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# Sanitización



## CONCENTRACIONES DE HIPOCLORITO DE SODIO

Cantidad de mililitros de cloro para añadir por litro de agua,  
dependiendo de la concentración de la presentación y área a trabajar

Presentación de comercial de cloro	Concentración		Concentración	
	400 ppm	Cubeta de 10 lts.	De 5000 ppm.	Cubeta de 10 lts.
4.0 %	10 ml/lit	100 ml	125 ml/lit.	1250 ml
6.0 %	6.6 ml/lit	66 ml	83 ml/lit.	830 ml
6.5 %	6.0 ml/lit	60 ml	77 ml/lit.	770 ml
7.0 %	5.6 ml/lit	56 ml	71 ml/lit.	710 ml
10.0 %	4.0 ml/lit	40 ml	50 ml/lit.	500 ml
13.0 %	3 ml/lit	30 ml	40 ml/lit.	400 ml

**Nota: 20 gotas hacen 1 mililitro.**

**No mezclar productos**



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# ¿CÓMO PREPARAR LA SOLUCIÓN DESINFECTANTE?

Concentración 400 ppm:

- 1L de agua

Cloro:

- 4% 10 ml
- 6% 6.6 ml





## Otras opciones para sanitizar

Producto	Concentración	Medio de aplicación	Precauciones	Tiempo de reacción
<b>Alcohol Isopropílico o Etílico</b>	Dilución en agua al 60-70%	En spray directo sobre superficie	Ninguna	Inmediata
<b>Agua oxigenada o peróxido de hidrógeno</b>	Dilución en agua al 3%	En spray directo sobre superficie	No aplicarse bajo los rayos del sol, pierde sus propiedades químicas	Inmediata



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



# DIRECTORIO DE JURISDICCIONES SANITARIAS



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



NÚM	JURISDICCIÓN SANITARIA	SUBDIRECTOR DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	TELEFONO Y EXTENSION	CORREO ELECTRONICO DEL SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGIA Y MED. PREV.
1	GUSTAVO A. MADERO	M. EN C. REYNA MARINA JAIMES SALDIVAR	50 38 17 00 EXT. 7006	<a href="mailto:jsgustavoam@gmail.com">jsgustavoam@gmail.com</a>
2	AZCAPOTZALCO	DRA. FRANCISCO SILVANO CAMACHO IYAÑEZ	50 38 17 00 EXT. 6107	<a href="mailto:fco_camacho_i9@hotmail.com">fco_camacho_i9@hotmail.com</a> , <a href="mailto:fcamacho@sersalud.df.gob.mx">fcamacho@sersalud.df.gob.mx</a>
3	IZTACALCO	DRA. ANA BEATRÍZ VILCHIS MORA	50 38 17 00 EXT. 6706	<a href="mailto:anavilchis742@gmail.com">anavilchis742@gmail.com</a> <a href="mailto:epi.jsiztacalco@gmail.com">epi.jsiztacalco@gmail.com</a>
4	COYOACÁN	DR. RAÚL BARRERA SAN MIGUEL	50 38 17 00 EXT. 6307	<a href="mailto:rbarrera_s@yahoo.com.mx">rbarrera_s@yahoo.com.mx</a> , <a href="mailto:coyoacanjs@yahoo.com.mx">coyoacanjs@yahoo.com.mx</a> <a href="mailto:rbarrera.s@sersalud.df.gob.mx">rbarrera.s@sersalud.df.gob.mx</a>
5	ALVARO OBREGON	DR. VICTOR MANUEL RAMOS LOJERO	50 38 17 00 EXT. 6007	<a href="mailto:epi.jsalvaroo@sersalud.df.gob.mx">epi.jsalvaroo@sersalud.df.gob.mx</a>
6	MAGDALENA CONTRERAS	DR. SIDDARTHA HERNANDEZ SANCHEZ	50 38 17 00 EXT 7209	<a href="mailto:epi.jsmagdalenacontreras@sersalud.df.gob.mx">epi.jsmagdalenacontreras@sersalud.df.gob.mx</a>
7	CUAJIMALPA	DRA. KENYA SELENE AMBROSIO OROZCO	50 38 17 00 EXT. 6630	<a href="mailto:jscuajimalpa@yahoo.com.mx">jscuajimalpa@yahoo.com.mx</a> , <a href="mailto:epi.cuajimalpa@sersalud.df.gob.mx">epi.cuajimalpa@sersalud.df.gob.mx</a>
8	TLALPAN	M.C. Y M.C.P. JOSÉ DÁMIAN CADENA FISCAL	50 38 17 00 EXT.7606	<a href="mailto:demiandemian2727@hotmail.com">demiandemian2727@hotmail.com</a>

**DIRECTORIO DE  
EPIDEMIOLOGÍA DE  
JURISDICCIONES  
SANITARIAS**



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



NÚM	JURISDICCIÓN SANITARIA	SUBDIRECTOR DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	TELEFONO Y EXTENSION	CORREO ELECTRONICO DEL SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGIA Y MED. PREV.
9	IZTAPALAPA	DR. VICTOR MANUEL ROSAS ROSAS (ENCARGADO)	50 38 17 00 EXT. 6801	<a href="mailto:vrosas@sersalud.df.gob.mx">vrosas@sersalud.df.gob.mx</a> , <a href="mailto:victorrosas@hotmail.com.mx">victorrosas@hotmail.com.mx</a> , <a href="mailto:suiveiztapalapa@yahoo.com.mx">suiveiztapalapa@yahoo.com.mx</a>
10	XOCHIMILCO	DR. ISMAEL PÉREZ NASSER	50 38 17 00 EXT. 7804	<a href="mailto:ipernass@yahoo.com.mx">ipernass@yahoo.com.mx</a> , <a href="mailto:supepidem@sersalud.df.gob.mx">supepidem@sersalud.df.gob.mx</a>
11	MILPA ALTA	DRA. GEORGINA ALAMILLA GALINDO	50 38 17 00 EXT. 7407	<a href="mailto:geoalami@gmail.com">geoalami@gmail.com</a>
12	TLAHUAC	DR. ROGELIO PEÑA MARTÍNEZ	50 38 17 00 EXT. 7507	<a href="mailto:js.tlahuac@sersalud.df.gob.mx">js.tlahuac@sersalud.df.gob.mx</a> subep <a href="mailto:itlahuac12@gmail.com">itlahuac12@gmail.com</a> , <a href="mailto:rogeliopeña@hotmail.com">rogeliopeña@hotmail.com</a>
13	MIGUEL HIDALGO	MAHSP. DRA. MARÍA DE LA LUZ PÉREZ MENDOZA	50 38 17 00 EXT. 7307	<a href="mailto:lavica1207@yahoo.com.mx">lavica1207@yahoo.com.mx</a>
14	BENITO JUAREZ	DRA. LOURDES ISABEL ALMEYDA GÓNZALEZ	50 38 17 00 EXT. 6206	<a href="mailto:lalmeyda@sersalud.df.gob.mx">lalmeyda@sersalud.df.gob.mx</a> , <a href="mailto:epi.jsbenitojuarez@sersalud.df.gob.mx">epi.jsbenitojuarez@sersalud.df.gob.mx</a>
15	CUAUHTÉMOC	DRA SANDRIN RIVERA HERNÁNDEZ	50 38 17 00 EXT. 6405	<a href="mailto:sandrin@hotmail.com">sandrin@hotmail.com</a>
16	VENUSTIANO CARRANZA	DRA. SARA IBET GONZÁLEZ JÁCOME	50 38 17 00 EXT 7706	<a href="mailto:epidemioidsvenustianocarranza@sersalud.df.gob.mx">epidemioidsvenustianocarranza@sersalud.df.gob.mx</a> , <a href="mailto:draibeglz@gmail.com">draibeglz@gmail.com</a>



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Jurisdicciones Sanitarias de la Ciudad de México

### Álvaro Obregón

Avenida Rosa Blanca 95 esq. Tiziana, colonia Molino de Rosas, 01460  
55 5038 1700 ext. 6001, 6003, 6005, 6007 y 6002  
vkawas@sersalud.df.gob.mx

### Azcapotzalco

Cedro 4, colonia Santa María la Ribera, 06400  
55 5038 1700 ext. 6101, 6103, 6107, 6105, 6102 y 6105  
direccion.azcapo@sersalud.df.gob.mx

### Benito Juárez

Calzada de Tlalpan 1133, colonia San Simón Ticumac, 03660  
55 5038 1700 ext. 6202, 6203, 6206 y 6205  
mramirezv@sersalud.df.gob.mx

### Coyoacán

Calzada de Tlalpan 1133, colonia San Simón Ticumac, 03660  
55 5038 1700 ext. 6301, 6303, 6307 y 6305  
jmartinezm@sersalud.df.gob.mx

### Cuajimalpa

Avenida y Cerrada de Juárez s/n, colonia Cuajimalpa, 05000  
55 5038 1700, ext. 6601, 6603, 6606 y 6605  
jscuaji.direccion@sersalud.df.gob.mx

### Cuauhtémoc

Juventino Rosas 78 esq. Tetrassini, colonia Ex hipódromo de peralvillo, 06250  
55 5038 1700 ext. 6401, 6403, 6405 y 6408  
aaperez@sersalud.df.gob.mx

### Gustavo A. Madero

Avenida 5 de febrero y Vicente Villada, colonia Villa Gustavo A. Madero, 07050  
55 5038 1700 ext. 7001, 7003, 7006, 7005 y 7007  
eaguilar@sersalud.df.gob.mx

### Iztacalco

Corregidora 135 esq. Plutarco Elías Calles, colonia Santa Anita, 08300  
55 5038 1700 ext. 6701, 6703, 6706 y 6707  
js.iztacalco@sersalud.df.gob.mx

### Iztapalapa

Trigo 129, colonia Granjas Esmeralda, 09810  
55 5038 1700 ext. 6801, 6803, 6805, 6806, 6813, 6802 y 6804  
jsiztapalapa.direccion@sersalud.df.gob.mx

### Magdalena Contreras

Avenida San Jerónimo esq. Cerrada de la Soledad 2625, colonia Pueblo San Bernabé Ocoatepec, 10300  
55 5038 1700 ext. 7201, 7203, 7209 y 7205  
jsmagdalenac@sersalud.df.gob.mx

### Miguel Hidalgo

Mariano Escobedo 148, colonia Anáhuac, 11320  
55 5038 1700 ext. 7301, 7303, 7307, 7305 y 7302  
lobles@sersalud.df.gob.mx

### Milpa Alta

Avenida Gastón Mela s/n, colonia Pueblo San Antonio Tecomitl, 12100  
55 5038 1700 ext. 7401, 7403, 7407 y 7405  
jsmilpaalta@sersalud.df.gob.mx

### Tláhuac

Carlos A. Vidal s/n esq. Andrés Quintana Roo, colonia San Francisco Tlaltenca, 13400  
55 5038 1700 ext. 7501, 7503, 7507 y 7506  
js.tlahuac@sersalud.df.gob.mx

### Tlalpan

Coapa y Carrasca s/n, colonia Toriello Guerra, 14050  
55 5038 1700 ext. 7601, 7603, 7606 y 7605  
yenriquez@sersalud.df.gob.mx

### Venustiano Carranza

Retorno 9 de Francisco del Paso y Troncoso esq. Retorno 7 de Cecilia Robelo, colonia Jardín Balbuena, 15900  
55 5038 1700 ext. 7701, 7703, 7707 y 7705  
jsvcarranza@sersalud.df.gob.mx

### Xochimilco

Juárez 2 esq. Pino, colonia Barrio San Juan, 16000  
55 5038 1700 ext. 7801, 7804, 7803 y 7805  
jsx.direccion@sersalud.df.gob.mx

<http://sersalud.cdmx.gob.mx/sspcdmx/Documentos/directorio/Directorio%20Centro%20de%20Salud,%20Hospitales,%20UNEMES,%20CI%20C3%20ADnicas%20y%20L.pdf>

CIUDAD INNOVADORA  
Y DE DERECHOS



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



CONTACTO

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



Dirección General  
de Epidemiología

**UIES**

Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria

**Línea Telefónica Abierta al Público**

**800 00 44 800**



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Referencias

- Secretaría de Salud. Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19. México, 2020. Disponible en: [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento\\_Clinico\\_COVID-19\\_CCINSHAE\\_14022020.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento_Clinico_COVID-19_CCINSHAE_14022020.pdf)
- Secretaría de Salud. Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral. México, Abril 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>
- Secretaría de Salud. Flujograma de atención médica para COVID-19 en el primer nivel de atención. México, 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>
- Secretaría de Salud. Proceso de prevención de infecciones para las personas con COVID-19 (Enfermedad por SARS-CoV-2). Contactos y personal de salud. México, 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>
- Secretaría de Salud. Correcto llenado del certificado de defunción por muertes por virus SARS-COV2 (COVID-19). México, 2020.
- Agencia de Protección Sanitaria de la Ciudad de México. Prevención y lineamientos de sanitización COVID-19. Unidades de Salud. Ciudad de México, 2020.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



## Sitios Web disponibles para mayor información:

- <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>
- <https://salud.cdmx.gob.mx/>
- <https://aps.cdmx.gob.mx/>
- <https://adip.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Presentaciones/COVID19.pdf>
- <https://www.gob.mx/salud/documentos/informacion-para-personal-de-salud>
- <https://www.gob.mx/salud/documentos/nuevo-coronavirus>
- <https://coronavirus.gob.mx/>
- <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



- [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=468-covid-cie-codigos-2020-03-25-espanol&category\\_slug=documentos&Itemid=624](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=468-covid-cie-codigos-2020-03-25-espanol&category_slug=documentos&Itemid=624)
- <https://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/>
- <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/certificados-de-hechos-vitales?state=published>
- [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Correcto\\_llenado\\_del\\_certificado\\_de\\_defuncion\\_muertes\\_por\\_COVID-19.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Correcto_llenado_del_certificado_de_defuncion_muertes_por_COVID-19.pdf)



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Dr. Ángel González Domínguez  
Director General

[agonzalezd@cdmx.gob.mx](mailto:agonzalezd@cdmx.gob.mx)

5550381700 ext. 5811 y 5813  
5740 0706