

ÍNDICE

I. Resumen ejecutivo

II. Introducción

III. Antecedentes

- Situación actual y determinantes de la transmisión
- Capacidad de respuesta médica y comunitaria
- Problemática

IV. Componentes:

- Componente de coordinación y logística
- Componente de vigilancia epidemiológica y laboratorio
- Componente de vinculación social y atención ciudadana
- Componente de atención médica ambulatoria y hospitalaria
- Componente de vacunación
- Componente de la reserva estratégica
- Componente de promoción de la salud y comunicación de riesgos
- Componente de comunicación social

V. Organización

VI. Recursos e insumos de operación

VII. Supervisión y control

VIII. Productos esperados

IX. Anexos:

- Lineamientos de rectoría y coordinación sectorial
- Procedimientos de operación y organización de servicios
- Guías de atención médica hospitalaria, ambulatoria y comunitaria
- Medidas de prevención y autocuidado de la salud
- Instrumentos para la definición de insumos y manejo de la reserva

I. Resumen ejecutivo

Desde el año 2005 México puso en marcha el Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de Influenza. Quintana Roo se integró a este sistema a partir del 2006. En abril del 2009 se confirmó en México la presencia de Influenza A H1N1 humana. Esta epidemia provocó una reacción de todo el sistema nacional de salud, del gobierno y de la sociedad civil, que permitió en el mediano plazo mitigar el daño que pudo haber ocasionado este nuevo virus. La temporada invernal, la humedad ambiental, el hacinamiento, inadecuados hábitos higiénicos, los lugares públicos y facilidad para viajar son factores que favorecen el contagio del virus de la influenza. En este sentido es necesario tomar las previsiones necesarias para la temporada invernal que se aproxima. En este documento se encuentran las acciones que nuestro Estado de Quintana Roo está realizando con el propósito de mitigar la Pandemia de influenza e Influenza Estacional, y los preparativos que se están realizando ante la llegada del invierno y con ello la posibilidad de un repunte en la transmisión de la influenza A H1 N1 humana y estacional.

II. Introducción

Desde el siglo pasado se ha observado con cierta frecuencia la presencia de pandemias de influenza, se piensa que aproximadamente cada 40 años se presentan cambios mayores en los virus de influenza, dando lugar a pandemias que afectan a millones de personas de todos los grupos de edad.

La temporada invernal, la humedad ambiental, el hacinamiento, inadecuados hábitos higiénicos, los lugares públicos y facilidad para viajar son factores que favorecen el contagio del virus de la influenza. El transporte aéreo puede acelerar la propagación de un nuevo virus y disminuir el tiempo disponible para preparar las intervenciones, teniendo como consecuencia que los sistemas de atención a la salud puedan ser rápidamente saturados, las economías excedidas y el orden social alterado. Cuando los virus pandémicos aparecen, puede haber varias ondas de brotes con un intervalo de 3 a 9 meses entre ellas. Esto sugiere que los programas de prevención que involucran vacunas o drogas antivirales deben ser implementados más extensamente para la segunda onda; sin embargo, las acciones de prevención identificando de forma oportuna el brote inicial y reforzando la vigilancia epidemiológica en los puntos de entrada y salida del país permitirán tener una respuesta oportuna.

Ante la presencia del nuevo virus que fue identificado en la Cd. De México, se requiere de la formulación de un Plan Estatal, en el que se establezcan los mecanismos de coordinación entre las diferentes áreas que intervienen en la atención de la salud, para contender de manera oportuna y organizada esta eventualidad, a través del Comité Estatal y los 9 Comités Municipales para la Seguridad en Salud.

Por lo anterior, este documento pone a disposición del personal de salud y de la población, las acciones que nuestro Estado de Quintana Roo está realizando con el propósito de mitigar esta influenza Pandémica y Estacional, así mismo cuenta con definiciones operacionales y criterios homogéneos para la detección, notificación, estudio, seguimiento y clasificación de los casos, teniendo como base los lineamientos descritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (TERMINADO)

III. Antecedentes

Las epidemias de influenza aparecen comúnmente en los meses de invierno con predominio de lugares donde el clima es frío y seco, lo que permite que el virus permanezca por más tiempo en el ambiente. Cada año, en el mundo, alrededor de 500 millones de personas (10% de la población total), se enferman de influenza, ocasionando entre 3 y 5 millones de casos severos y de 250 a 500 mil defunciones cada año.

Las pandemias del siglo pasado fueron en 1918, 1957, 1968 y en menor extensión en 1977. La pandemia de 1918/19 fue la más severa; se estiman 20 millones de muertos en todo el mundo, los adultos de 20 a 50 años registraron las tasas más altas de morbilidad y mortalidad. Las pandemias de 1957 y 1968 afectaron a todos los grupos de edad, con mayor repercusión en la población de más de 65 años y en personas con padecimientos crónico degenerativos

El agente causal de influenza se conoció desde 1933; actualmente se clasifica en 3 tipos A, B y C. Aunque los tipos de influenza A y B ocasionan epidemias regularmente, solamente el virus de influenza tipo A ha mostrado capacidad para causar pandemias.

Marzo del 2009 es la fecha probable de infección del primer caso identificado confirmado de influenza por virus de origen porcino, marca el inicio de la epidemia de influenza en nuestro país. La confirmación de transmisión humano – humano y aparición de casos en países de diferentes continentes hacen inminente la dispersión mundial de la ya denominada Influenza humana y el inicio de la fase pandémica.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza (Sisveflu) se puso en marcha en 2005, como parte de las acciones previstas en el Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de Influenza. Quintana Roo se integró a este sistema a partir del 2006.

En el 2006 de 36 muestras tomadas a casos sospechosos de influenza se confirmaron 2 casos de influenza tipo A y 1 de Parainfluenza. En el 2007 en 57 muestras se detectaron 5 casos de influenza tipo A y en el 2008 de 99 muestras 2 casos de influenza tipo A. En el 2009, antes de la alerta nacional, se había detectado solo un caso de Influenza A y, posterior a esta, el primer caso de Influenza Humana en Quintana Roo se detectado en la localidad de Calderitas, Municipio de Othón P. Blanco el 24 de Abril del presente año.

Hasta 31 de Agosto se tiene un acumulado de 5,085 sospechosos de influenza detectados y de estos a 1,165 se les tomó muestra; 1041 de las muestras se han analizado identificando 512 casos de Influenza Humana, 21 de Influenza A y 5 de Influenza tipo B. Respecto a defunciones hasta el momento solo se tiene 1 confirmada.

Casos nuevos de influenza, Quintana Roo 2006-2009

INFLUENZA TIPO	Año			
	2006	2007	2008	2009
A ESTACIONAL	2	5	2	21
A HUMANA H1N1				512
B				5

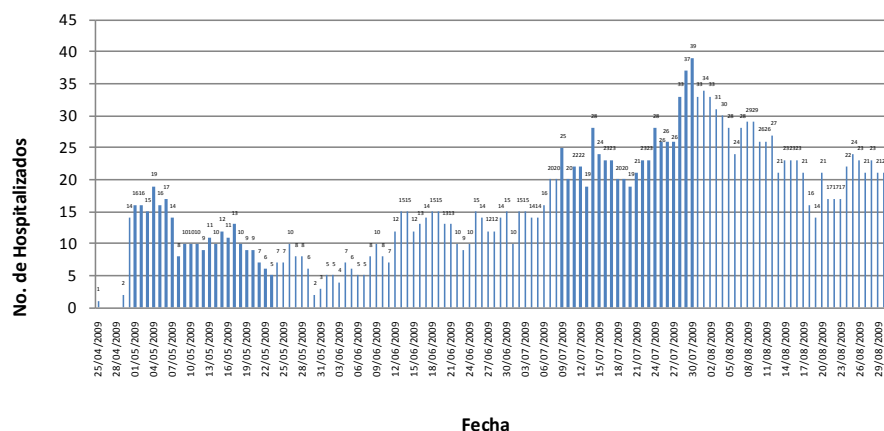
Fuente: SINAVE/InDRE/LESP

* CORTE AL 31 DE AGOSTO

De los 5,085 casos sospechosos de influenza detectados hasta el 31 de Agosto, el 8.8 % (391) han requerido Hospitalización. La mayor proporción de hospitalizados se presentó en las semanas epidemiológicas 30 y 31 (26 de Julio al 8 de Agosto).

Hospitalizados por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG),

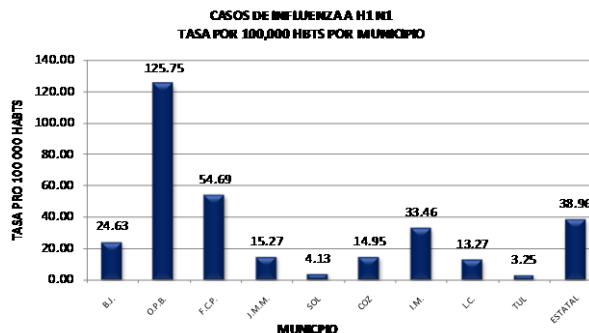
Quintana Roo 25 de Abril al 31 de Agosto del 2009



Los municipios más afectados son Othón P. Blanco y Benito Juárez, con 276 y 167 casos respectivamente. La mayor tasa se registra en Othón P. Blanco, Felipe C. Puerto e Isla Mujeres.

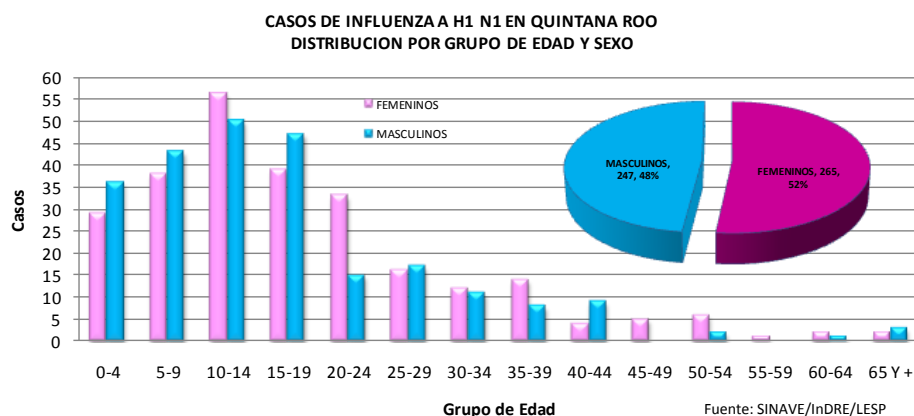
Casos nuevos de influenza por municipio. Quintana Roo, Abril-Agosto 2009

MUNICIPIO	CONFIRMADOS
BENITO JUAREZ	167
OTHON P. BLANCO	276
FPE. CARRILLO PUERTO	36
JOSE MA. MORELOS	5
SOLIDARIDAD	7
COZUMEL	12
ISLA MUJERES	5
LAZARO CARDENAS	3
TULUM	1
ESTATAL	512



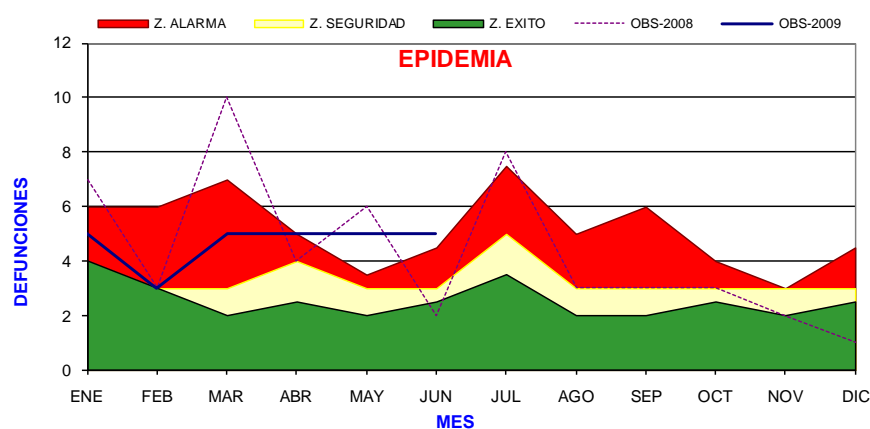
Fuente: SINAVE/InDRE/LESP

Los escolares son el grupo más afectado, con el 56 % de los casos; de los grupos de riesgo por edad el de 0 a 4 años concentra el 12.3 % y el de 65 y mas el 1 %. Por sexo no hay diferencias significativas, aunque existe discreto predominio por el sexo femenino (52 %).



De acuerdo al comportamiento epidemiológico actual de la influenza en Quintana Roo, se estima que en el periodo Octubre del 2009 a Marzo 2010 se detecten mas de 106,000 casos sospechosos de influenza, toda vez que durante la temporada de lluvias las IRAs se incrementan en un 6% aproximadamente y para la temporada de invierno se incrementan en un 20 %, y de estos requerirán de atención hospitalaria 860 casos aproximadamente.

Canal endémico de defunciones por influenza y neumonía 2009 (preliminar enero a junio)



Fuente: SEED 2002 a preliminar 2009 (residencia habitual)

Los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo cuentan con infraestructura para atender a la población en materia de salud. La distribución es en nivel rural y urbano con 3 jurisdicciones sanitarias que concentran a 4 Hospitales Generales, 4 Hospitales Integrales, 1 Hospital Materno Infantil y 161 centros de salud.

Infraestructura disponible en salud

Municipio	Unidades rurales	Unidades urbanas	Unidades móviles	Hospitales integrales	Hospitales Generales	Hospital especialidades	Clínica leucemias	Uneme
Isla Mujeres		1		1				
Lázaro Cárdenas	14			1				
Benito Juárez	4	15	3		1			5
Solidaridad	5	3		1				1
Cozumel		2		1				1
Tulum	2	1						
Felipe C. Puerto	32	1	3		1			2
José M. Morelos	19			1				1
Othón P. Blanco	63	6	4		1	1	1	4
Total	139	29	10	5	3	1	1	14

Los centros de salud son las unidades proveedoras del primer nivel de atención, se encuentran distribuidos a lo largo de la geografía del estado y son organizadas por las jurisdicciones sanitarias. Todos los centros de salud cuentan como mínimo con un núcleo básico y han sido capacitados para la identificación de pacientes con probable diagnóstico de influenza. Se les distribuirán insumos para el manejo de pacientes probables y pruebas rápidas, así como los medicamentos necesarios incluyendo antiviral para inicio de tratamiento. Las unidades con mayor población en las localidades cuentan con ambulancia, lo que les permite el traslado de pacientes en caso de requerirse.

La capacidad hospitalaria para atención de pacientes es a través de 260 camas censables, 10 camas de terapia intensiva, 9 camas de terapia intensiva en pediatría y 9 de terapia intermedia. Los médicos generales y especialistas que participan son 342, 700 enfermeras y 85 laboratoristas.

Los insumos y equipamiento para atención de pacientes con influenza son 29 ventiladores, 136 personas están capacitadas para su manejo. Tienen 35 laringoscopios, 1302 tubos endotraqueales de diferentes calibres, 5 equipos de rayos X portátiles, 137 tanques de Oxígeno, 28 monitores, 17 oxímetros de pulso, 57 nebulizadores, 6 gasómetros y 207 aspiradores de pared y portátiles.

Para la atención preventiva y de seguimiento de casos se han acondicionado brigadas de salud que acuden a la visita de casos sospechosos, entregan y dan seguimiento al tratamiento y a los signos y síntomas, a través de visita domiciliaria. Existen 160 casas de salud atendidas por auxiliares de salud en las comunidades donde no se cuenta con centro de salud, cada centro de salud ha conformado un comité de salud, siendo en su totalidad 171 comités.

Capacidad hospitalaria

Descripción	Hosp. Gral. Cancun	Hosp. Gral. Chetumal	Hosp. Gral. Felipe C. Pto	Hosp. Gra. Cozumel	Hosp. Int. José M. Morelos	Hosp. Int. Kantunilkin	Hosp. Int. Playa del Carmen	Hosp. Int. Isla Mujeres	Hosp. Materno Infantil Morelos
Camas censables	68	60	26	30	16	5	12	7	39
Camas de terapia intensiva	6	4	0	0	0	0	0	0	0
Camas de terapia intensiva en pediatría	10	5	0	0	0	0	0	0	0
Camas de terapia intermedia	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Médicos	142	59	14	54	25	11	31	7	64
Enfermeras	325	185	24	48	35	20	57	20	96
Personal de laboratorio clínico	14	20	11	10	5	4	10	3	12
Ventiladores	10	12	0	3	0	0	1	0	4
Laringoscopios	8	10	5	2	2	2	3	2	5
Tubos endotraqueales	240	100	40	255	20	44	597	16	50
Equipo portátil de rayos X	2	1	1	1	0	0	0	0	0
Tanque de oxígeno	3	7	18	29	25	14	15	12	16
Monitores	3	14	4	3	1	0	1	1	2
Oxímetro de pulso	5	10	3	1	1	1	0	1	1
nebulizadores	10	14	4	30	1	3	2	2	3
Gasómetro	2	1	1	1	0	0	0	0	1
Aspirador de pared	90	40	1	39	2	1	8	0	27

IV. Componentes

Objetivo general

Establecer medidas de Prevención y Control para disminuir los riesgos y daños ocasionados por la influenza pandémica y la Influenza Estacional en la salud de la población Quintanarroense, así como optimizar los recursos existentes a través de la instrumentación oportuna de un Plan Estatal, bajo la coordinación del Comité Estatal para la Seguridad en Salud.

Objetivos específicos

1. Asegurar la coordinación, toma de decisiones y comunicación efectiva entre los Niveles Federal, Estatal, Jurisdiccional y Municipal.
2. Organizar la capacidad de respuesta a nivel estatal, jurisdiccional y municipal para atender y vigilar los casos de influenza.
3. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la influenza en todas las unidades de salud y unidades de salud monitoras de Influenza del sector salud.
4. Asegurar la protección del personal y equipo que interviene para proporcionar una respuesta inmediata.
5. Fortalecer al Laboratorio Estatal de Salud Pública, para mejorar la respuesta en la detección e identificación del virus de la Influenza estacional y pandémica.
6. Definir protocolos de atención para el uso de antivirales.
7. Proporcionar atención médica y mantener los servicios básicos de salud de acuerdo a los lineamientos recomendados por la OPS/OMS ante casos de Influenza.
8. Establecer la creación de una reserva estratégica de medicamentos e insumos a nivel Estatal, Jurisdiccional y Local con capacidad para proporcionar atención durante el tiempo que dure la fase de mitigación de la influenza pandémica y control de la Influenza estacional.
9. Implementar un Plan de Comunicación efectiva, dirigido a la población general, los trabajadores de la salud y los medios de información.
10. Implementar medidas preventivas para disminuir la diseminación de la enfermedad, basadas en la evolución epidemiológica del padecimiento.
11. Garantizar la capacitación y actualización continua del personal en todos los niveles.

Componente de Coordinación y Logística

Garantizar la participación técnica y operativa de las diversas instituciones, para proporcionar una respuesta integral, oportuna y efectiva, todas coordinadas en el seno del Comité Estatal para la Seguridad en Salud realizando las siguientes actividades:

- Coordinar las acciones de los Comandos de Respuesta Rápida.
- Puntos de enlace estatal y jurisdiccional
- Estrechar y eficientar la comunicación en todos los niveles.
- Evaluar las estrategias y acciones para controlar el brote.
- Coadyuvar en la operación del sistema de vigilancia epidemiológica para el seguimiento y control de la evolución de la pandemia.
- Analizar la información e identificar las fases para el inicio de acciones
- Establecer las políticas de cuarentena durante la pandemia.
- Promover que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para atender oportunamente a la población.
- Con el fin de mantener comunicación permanente, entre el nivel estatal y jurisdiccional, se deberá elaborar un directorio de puntos de enlace, quienes deberán estar disponibles las 24 horas del día, de los 365 días del año en cualquiera de las fases de la pandemia. Este directorio se actualizará trimestralmente por el personal de epidemiología.

Difusión e información: Con el fin de orientar, informar y generar participación entre el personal de salud y la población general de nuestro estado, se han establecido diversos mecanismos de difusión de información mediante los cuales se provee información sobre el padecimiento, su tratamiento y medidas de prevención individuales y poblacionales:

Página electrónica:

- Nacional: www.salud.gob.mx
- Estatal: www.saludqr.gob.mx

Línea de información:

- Nacional: **01 800 00 44 800.**
- Estatal: **01 983 83 3 97 09 y 17**

Estrategia de Voceros Únicos. El C. gobernador Constitucional del Estado de Quintana Roo, así como el Secretario de salud en el Estado son los únicos con la autoridad para proporcionar información a los medios de comunicación masiva, con el fin de unificar mensajes y evitar confusión.

Elaboración de material de difusión: Trípticos, posters y volantes.

Difusión de Manuales técnicos y lineamientos. (terminado)

Componente de Vigilancia epidemiológica y Laboratorio

Vigilancia epidemiológica: Tiene como objetivo caracterizar y detectar oportunamente los cambios en el comportamiento epidemiológico de la influenza, para disponer de la información necesaria para la toma de decisiones en la prevención y control de la influenza.

- Fortalecer la operación del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza.
- Difundir la información a todos los niveles, según corresponda.
- Intensificar la vigilancia epidemiológica Hospitalaria.
- Reforzar la red de vigilancia epidemiológica de la influenza, particularmente en la notificación diaria e inmediata a través de los medios oficiales de comunicación y notificación, que son los siguientes:

- **Nacional:**

Línea telefónica: **01 800 00 44 800**

Correo electrónico: notifica@dgepi.salud.gob.mx
notifica2@dgepi.salud.gob.mx
flu@dgepi.salud.gob.mx

- **Estatat:**

Línea telefónica: **01 983 83 3 97 09 y 17**

Correo electrónico: notificaroo@yahoo.com.mx

- **Jurisdiccional:**

Línea telefónica: J1: **01 983 83 2 00 97 y 01 983 83 2 00 95**

J2: **01 998 88 8 66 40 y 01 998 88 8 66 41**

J3: **01 983 70 0 19 47 y 01 983 10 9 38 85**

Correo electrónico: J1: j81epi@hotmail.com

J2: epi-js2@hotmail.com

J3: js3epidemiologia@hotmail.com

Componentes del sistema

- Vigilancia centinela
 - Se lleva a cabo en Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI)
 - Incluye vigilancia de enfermedad tipo influenza, infección respiratoria aguda grave, defunciones
 - Privilegia calidad sobre cantidad de información
- Vigilancia rutinaria
 - Se lleva a cabo en todas las unidades de salud
 - Incluye vigilancia de influenza
 - Debe incluir el análisis de indicadores *proxy* (neumonías, infecciones respiratorias agudas)

Unidades Monitoras de influenza (USMI)

En Quintana Roo se seleccionaron 11 Unidades de Salud como USMIs, 9 de los SESA y 2 del IMSS, son las siguientes:

UNIDAD	INSTITUCION	LOCALIDAD	MPIO	J.S
HOSP MATERNO INF MORELOS	SESA	CHETUMAL	OPB	1
HOSP GRAL DE ZONA CHETUMAL IMSS	IMSS	CHETUMAL	OPB	1
HOSP GRAL DE FCP	SESA	FCP	FCP	3
HOSP INT DE JMM	SESA	JMM	JMM	3
CS TULUM	SESA	TULUM	TULUM	2
HOSP INT PLAYA	SESA	P. DEL CARMEN	SOL	2
HOSPT GRAL DE COZUMEL	SESA	COZUMEL	COZ	2
HOSPT GRAL CACUN	SESA	CANCUN	BJ	2
HOSPT.INT DE ISLA	SESA	ISLA MUJERES	IM	2
HOSP. INT. DE KANTUNILKIN	SESA	KANTUNILKIN	LC	2
HOSP DE ZONA MF14 IMSS	IMSS	CANCUN	BJ	2

Objetos de Estudio

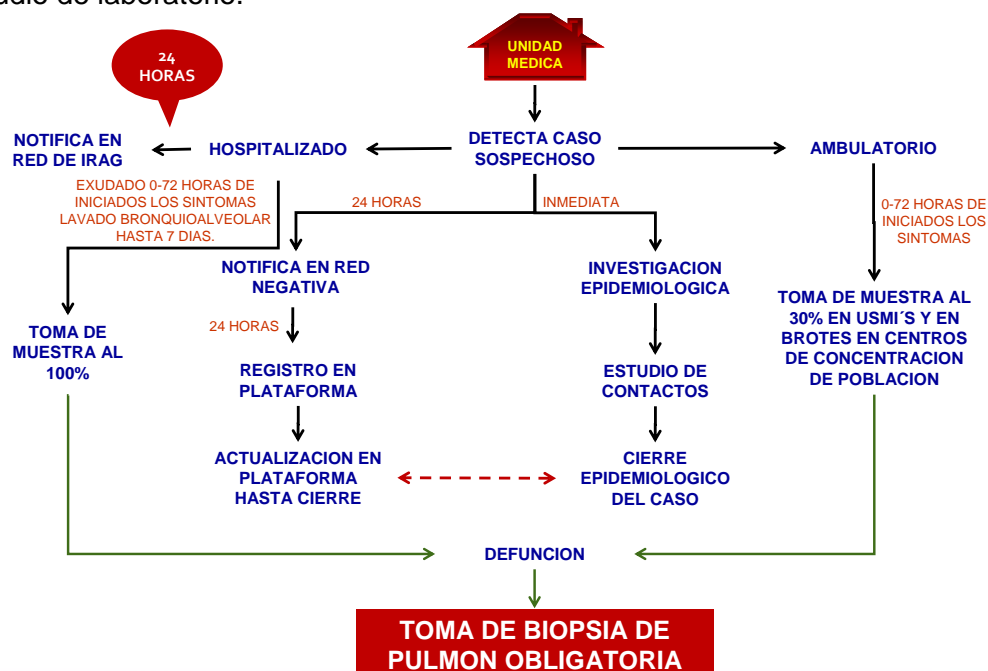
- **Enfermedad Tipo Influenza:** Persona de cualquier edad que presente fiebre mayor o igual a 38°C, tos, y cefalea, acompañadas de uno o más de los siguientes signos o síntomas: rinorrea, coriza, artralgias, mialgias, postración, odinofagia, dolor torácico, dolor abdominal, congestión nasal. En menores de cinco años de edad, se considera como un signo cardinal la irritabilidad, en sustitución de la cefalea. En mayores de 65 años, la fiebre no se considerará un síntoma cardinal.
- **Infección Respiratoria Aguda Grave:** Persona de cualquier edad que presente dificultad al respirar, acompañada de fiebre mayor o igual a 38°C y tos, con uno o más de los siguientes síntomas: ataque al estado general, dolor torácico y polipnea, o Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA).
- **Defunción por neumonía grave con sospecha de influenza:** toda defunción por probable infección respiratoria aguda grave según se define en el párrafo anterior.

Toma de muestra

A continuación se describe donde y en que proporción se tomará la muestra de exudado naso u orofaríngeo:

- USMI: muestra a 100% de casos hospitalizados y 30% ambulatorios, que cumplan con definición operacional
- Hospitales: muestra al 100% de casos hospitalizados que cumplan con la definición operacional
- Brotes en centros de concentración de población: muestra a 30% de casos que cumplan con definición operacional
- Otras unidades: tomar muestra en defunciones asociadas a ETI o IRAG

Flujograma de Vigilancia epidemiológica: Detección, notificación y toma de muestra para estudio de laboratorio.



Laboratorio:

1.- Objetivo.

Realizar la confirmación de casos sospechoso de influenza, por RT-PCR en tiempo real y la expedición de resultados en forma oportuna.

2.- Acciones Sustantivas.

- a) Entrega de materiales para la toma de muestras.
- b) Recepción de muestras que cumplan con la definición de caso sospechoso, y los criterios de toma de muestra en menos de 72 horas de inicio de síntomas, y en caso de pacientes hospitalizados muestra de lavado broncoalveolar hasta 7 días de inicio de la sintomatología.
- c) Proceso de las muestras para análisis por RT-PCR en tiempo real.
- d) Emisión de resultados con un tiempo de respuesta de 48 a 72 hrs.
- e) Captura de los resultados en la plataforma.
- f) Envío de muestras al InDRE del 100% de los casos graves o defunciones confirmado a Influenza AH1N1.
- g) Aprobar el panel de evaluación remitido por el InDRE, para evaluar la competencia técnica del personal del laboratorio que realiza este diagnóstico.
- h) Capacitar al personal médico y paramédico para la toma, transporte y envío de la muestra al laboratorio.

3.- Metas cuantificables.

Se efectuará el proceso del 100% de las muestras recibidas, que cumplan con los criterios de aceptación.

Se emitirán los resultados al 100% de las muestras que se hayan analizado.

4.- Indicadores.

De Proceso:

No. Muestras analizadas/ No de muestras recibidas= 100%

No. Muestras con resultado/ No. Muestras analizadas= 100%

No. Resultados emitidos en menos 72 hrs/ No. Muestras procesadas= > 90%

Impacto: Concordancia del 100% muestras remitidas en el panel de control.

5. Unidad responsable.

Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Directorio:

- QFB. Teresa A. Martín Escobar.
Tel: 983-83-519-42
Mail: lespgroo@hotmail.com
- Biol. Yolanda Ek Solís.
Tel: 983-83-519-42
Mail: yola671@hotmail.com
- QFB. Miguel Ocampo Osorio.
Tel: 983-83-519-42
Mail: moco73@hotmail.com

El proceso de las muestras de hisopos faríngeo se efectuó mediante la técnica de inmunofluorescencia; técnica que resultó limitada y con baja sensibilidad para dar respuesta a la demanda requerida para dar respuesta oportuna a la confirmación de los casos por influenza AH1N1, por lo que se refuerza la capacidad diagnóstica y de proceso del LESP, con el equipamiento para realizar el diagnóstico por laboratorio mediante la metodología de RT-PCR en tiempo real.

Laboratorio Estatal de Salud Pública:

Toma, manejo y envío de muestras para el diagnóstico por laboratorio.

- 1) Tomar muestras de exudado faríngeo o nasofaríngeo solamente dentro de los tres primeros días (72 horas) de iniciados los síntomas. En caso de paciente intubado, tomar lavado bronquioalveolar hasta los siete días, de iniciados los síntomas, no menos de 2 ml.
- 2) Si hay defunción, recuperar especímenes de pulmón o biopsia pulmonar, hasta las 72 horas después del fallecimiento. Las muestras se colocan en el medio de transporte viral.
- 3) Las muestras se deben colocar en un contenedor que permita la conservación de 4 a 8 °C. Las muestras deberán estar etiquetadas con el nombre del paciente y tener anexa la solicitud de estudio de laboratorio. Y remitirse al laboratorio en no más de 48 hrs.

Entrega de insumos:

La entrega de tubos con medio de transporte viral y los hisopos de rayón se entregaran a las jurisdicciones y USMIS a solicitud directa al LESP; o se repondrá con material nuevo a la entrega de muestras en el LESP para el reabastecimiento.

Vigilancia Epidemiológica Internacional

Puntos de Entrada

Obligaciones generales

- a) Se fortalecerán los puntos de entrada designados para una Vigilancia epidemiológica efectiva
- b) Identificará las autoridades competentes en cada uno de los puntos de entrada designados del territorio.
- c) Facilitará, en la medida de lo posible, cuando se le solicite en respuesta a un posible riesgo específico para la salud pública, datos pertinentes sobre las fuentes de infección o contaminación en sus puntos de entrada, incluidos vectores y reservorios, que puedan dar lugar a la propagación de la enfermedad.

Aeropuertos

1. En caso de que un pasajero o miembro de la tripulación presente el cuadro descrito para Influenza Pandémica durante un vuelo y tenga el antecedente de haber estado en alguna de las áreas de riesgo o haber tenido contacto con enfermos de Influenza Pandémica, la tripulación del avión deberá avisar a la torre de control o al momento de abrir la puerta del aeronave la existencia de un caso de Influenza Pandémica a bordo.
2. A su llegada, el pasajero enfermo deberá ser valorado por los Servicios de Sanidad Internacional o las Autoridades Sanitarias aeroportuarias para corroborar que cumpla con la definición de caso. Durante la evaluación, los demás pasajeros y miembros de la tripulación deberán permanecer a bordo, personal de salud o de la aerolínea informarán a los pasajeros la razón de la demora.
3. Si el paciente no cumple con los criterios de caso se permite al pasajero que se retire, se indica el descenso del resto de pasajeros del avión y se distribuyen folletos informativos de Influenza Pandémica.
4. Si el paciente cumple con los criterios de caso de Influenza Pandémica, se notificará de forma inmediata a los Servicios Estatales de Salud.
5. El enfermo se trasladará al hospital designado previamente por las autoridades estatales de salud.
6. Elaborar un registro nominal de pasajeros con los datos suficientes para ser localizados durante los siguientes diez días.
7. Antes de permitir que el resto de los pasajeros o contactos se retiren, se deberá corroborar que ninguno de ellos cumpla con los criterios de caso; si se llegara a detectar algún otro caso, también tendrá que ser trasladado al hospital de concentración. Al resto de los pasajeros se les indica cuarentena domiciliaria por diez días.
8. En el hospital de referencia de casos de Influenza Pandémica se valorará si el caso amerita internamiento, de no ser así se le indicará cuarentena domiciliaria por diez días. Si el caso requiere internarse se mantendrá en el hospital el tiempo que sea necesario para su manejo y recuperación.
9. A los casos y contactos que se les indique cuarentena domiciliaria personal de los servicios de salud les realizará seguimiento diario para evaluar la evolución clínica de los casos y que los contactos no desarrollen el padecimiento.
10. Todos los contactos que desarrollen la sintomatología dentro del periodo de cuarentena serán trasladados al hospital de concentración para su valoración. Los casos que se les indique cuarentena domiciliaria y presenten agravamiento de su cuadro, se les trasladará al hospital para continuar ahí con su manejo.

Puertos

1. Se identificarán los puertos en que se crearán las capacidades previstas.
2. Se asegurarán de que los certificados de exención del control de sanidad a bordo y los certificados de control de sanidad a bordo se expiden de conformidad con las prescripciones.
3. Se enviará a la SSA una lista de los puertos autorizados a ofrecer:
 - a) la expedición de certificados de control de sanidad a bordo y la prestación de los servicios a que se hace referencia
 - b) la expedición de certificados de exención del control de sanidad a bordo únicamente

- c) la prórroga del certificado de exención del control de sanidad a bordo por un periodo de un mes hasta la llegada de la embarcación al puerto en el que el certificado pueda ser recibido.

La Jurisdicción comunicará a la Subdirección de Epidemiología los cambios que se produzcan en la situación de los puertos enumerados en la lista

Pasos fronterizos terrestres

El nivel estatal designara volumen y la frecuencia de los diversos tipos de tráfico nacional e internacional informando a la jurisdicción valorando los riesgos para la salud pública existentes en las zonas donde se origina o que atraviesa el tráfico internacional.

Los estados con fronteras comunes deberán considerar:

La posibilidad de alcanzar acuerdos bilaterales o multilaterales o formalizar arreglos relativos a la prevención o el control de la transmisión internacional de enfermedades en pasos fronterizos terrestres, la designación conjunta de pasos fronterizos terrestres.

En caso de la detección de un viajero vía terrestre con definición operacional de caso sospechoso de Influenza se aplicara el mismo protocolo que en aeropuertos y su comunicación inmediata a la jurisdicción sanitaria que le corresponda.

Medidas que se deben recomendar a los viajeros ante la alerta actual:

Evitar o posponer viajes a las áreas de riesgo; si esto no es posible:

1. Mantener una buena higiene personal, lavarse las manos después de estornudar, toser o limpiarse la nariz.
2. Evitar asistir a sitios de alta concentración de personas (cines, teatros).
3. Evitar asistir a hospitales, si esto no es necesario.
4. Evitar el contacto directo con personas que tengan los síntomas antes mencionados.
5. Ventilar bien los espacios cerrados.
6. Tener disponibles pañuelos o toallas de papel para su uso cuando sea necesario, que deberán ser eliminados adecuadamente.
7. En caso de los niños es importante: limpiar bien los juguetes, cubrirse la nariz y la boca al estornudar o toser cerca de ellos, mantener las manos limpias, utilizar jabón para lavarse las manos y toallas de papel desechables.
8. Mantenerse alerta ante la presencia de síntomas o signos de alarma.

A su regreso:

Informar al personal de salud internacional del Aeropuerto o a la tripulación de la aeronave, si presenta sintomatología sospechosa del padecimiento.

Componente de vacunación

Descripción de la vacuna

Las vacunas que se utilizan para prevenir la influenza contienen cepas virales, representando subtipos de virus de influenza A H1N1 y H3N2, e influenza B, recomendadas por la OMS. Las vacunas pueden estar constituidas por virus completos o fraccionados.

Cada año, una o más cepas pueden cambiar la estructura del virus de Influenza, ocasionado el surgimiento de nuevas cepas. Los virus que utilizan en la elaboración de la vacuna se cultivan en embrión de pollo. La vacuna se administra anualmente proporcionando protección óptima contra el virus de la Influenza. Las cepas incluidas en cada vacuna varían cada año de acuerdo con las recomendaciones dadas anualmente por la Organización Mundial de la Salud.

Presentación

Jeringa prellenada con una dosis de 0.5 mililitros de suspensión inyectable, o frasco ampula con 5 ml para 10 dosis de 0.5 ml.

Conservación

Debe conservarse a una temperatura de 2°C a 8°C, en el refrigerador, y de 4°C a 8°C en el termo. **No debe congelarse.**

Vía de administración, dosis e intervalo de aplicación

La vía de administración es intramuscular: Para población de 6 a 18 meses de edad se aplicará en la cara anterolateral de músculo vasto del muslo izquierdo. Para población mayor de 18 meses y más años de edad se aplicará en el músculo deltoides izquierdo. En niños de 6 a 35 meses se aplicarán dos dosis, con intervalo de 30 días entre la primera y la segunda. En mayores de 35 meses una sola dosis

Población blanco

Niños entre los 6 y 35 meses; Adultos y niños con problemas crónicos: asma, cardíacos (excepto hipertensión), renal, hepático, hematológico y desorden metabólico (incluyendo Diabetes); Niños y adultos con inmunocompromiso (por medicamento o por el Virus de inmunodeficiencia adquirida); Niños y adultos con compromiso respiratorio; Personas que tengan contacto o cuiden a niños menores de 5 años y adultos mayores de 50 años de edad;

En el Estado durante la presente temporada invernal se aplicarán 174,578, destinándose para los infantes 111,951 dosis y para los adultos mayores, población de riesgo y trabajadores de la salud que estén en contacto con los pacientes 62,627 dosis, las cuales se aplicará

Eficacia

En población de 6 meses a 8 años de edad que ha recibido dos dosis tiene una eficacia del 82%. En población menor de 65 años de edad, cuando la vacuna y el virus circulante son antigénicamente similares tiene una eficacia entre el 70 y 90%. La vacunación en adultos sanos disminuye el ausentismo laboral y la utilización de los servicios de salud. La eficacia de la vacuna en la enfermedad confirmada por laboratorio fue del 50 al 77%; sin embargo, la protección en adultos sanos en relación a Influenza- hospitalización fue del 90%. La eficacia de la vacunación en adultos menores de 65 años quienes tienen riesgo de contraer influenza es del 48% menor que la reportada para adultos sanos. En población mayor de 60 años de edad se reporta una eficacia del 58%, pero la eficacia disminuye en población ≥ 70 años de edad. Para personas que viven en asilos, la vacuna de la influenza es del 30 al 70% es eficaz en la prevención de hospitalización por neumonía e influenza. La vacunación previene en más del 80% la muerte por influenza.

Indicaciones

La vacuna antiinfluenza trivalente tipos A y B está indicada en sujetos a partir de los 6 meses de edad para la inmunización contra la enfermedad causada por los virus de influenza tipos A y B.

Contraindicaciones

No aplicar en personas alérgicas a las proteínas del huevo, a las proteínas virales y a otros componentes de la vacuna; ante la presencia de fiebre mayor o igual a 38.5°C; haberse aplicado este biológico en menos de un año.

Información para la persona vacunada

Antes de aplicar la vacuna se le deberá proporcionar toda la información o recomendaciones pertinentes, esto con la finalidad de obtener su total atención y verificar que las instrucciones fueron entendidas. Informar a la persona vacunada que en las primeras 48 horas, después de la vacunación, puede presentarse febrícula de 38°C, dolor ligero en el sitio de la inyección, endurecimiento limitado o enrojecimiento. En caso de fiebre, debe bañarse con agua tibia, ingerir líquidos abundantes. En caso de molestia local en el sitio de aplicación de la vacuna, **no** dar masaje ni aplicar compresas calientes, ni medicamento alguno, ya que ésta desaparecerá espontáneamente. En caso de dolor, endurecimiento o enrojecimiento, aplicar únicamente compresas de agua fría en el sitio de aplicación de la vacuna. Si las molestias continúan o se agravan deberá acudir al servicio de salud más cercano. Informar a la persona vacunada sobre sus siguientes fechas para la aplicación de la vacuna y que no olvide traer su comprobante de vacunación.

Equipo y material

Termo con paquetes refrigerantes. Vaso contenedor perforado. Jeringa prellenada con una dosis de 0.5 mililitros de biológico o frasco ampula con 5 ml. Termómetro de vástago. Jeringa 0.5 ml con aguja 20x32 (para cargar) y 22x32 (para aplicar). Almohadillas alcoholadas. Campo de papel de estraza. Jabón y toallas desechables. Bolsa de plástico

recipiente rígido o caja incineradora para desechos. Formas de registro, Cartilla Nacional de Vacunación, comprobantes de vacunación, lápiz y bolígrafo.

Técnica de Aplicación

Para aplicar la vacuna: Lavarse las manos. Sacar del termo el biológico con la jeringa integrada. Verificar el nombre del biológico que va a aplicar, fecha de caducidad y aspecto del contenido. Extraer de su envoltura protectora la jeringa con su aguja integrada y acomodar el émbolo. Descubrir la región deltoidea. Efectuar con una almohadilla la antisepsia del tercio medio de la región deltoidea, con movimientos de arriba hacia abajo, y no pasar la almohadilla dos veces por el mismo sitio. Eliminar el aire de la jeringa con cuidado para que el líquido no salga por el bisel de la aguja. Fijar la piel con los dedos índice y pulgar. Introducir la aguja con un movimiento rápido y firme, en ángulo de 90°, sobre el plano de la piel. Sujetar el pabellón de la aguja y aspirar para asegurarse de que no se encuentra en un vaso sanguíneo; si aparece sangre, retirar lentamente la aguja sin extraerla del todo y cambiar un poco la dirección de la aguja, introducir de nuevo y repetir los pasos hasta que ya no aparezca sangre. Inyectar la vacuna en forma lenta. Retirar la aguja con rapidez y colocar la almohadilla presionando 30 o 60 segundos sin dar masaje. Depositar la almohadilla, la jeringa y la aguja sin encapuchar en la caja incineradora o contenedor rígido. Los frascos vacíos o que requieran desecharse deberán ser colocados en una bolsa de plástico para su posterior inactivación. Registrar con tinta la dosis aplicada y a lápiz la fecha de la próxima cita en la Cartilla Nacional de Vacunación correspondiente y en el Censo Nominal. Registrar las dosis aplicadas de productos biológicos en el SISPA SS-006 o en los formatos correspondientes a cada institución.

Reacciones secundarias

En general la vacuna contra la Influenza es segura y bien tolerada.

Las reacciones locales más frecuentes son: sensibilidad, dolor, eritema, induración, contusión en el sitio de inyección y rigidez en el deltoides o brazo.

Las reacciones sistémicas frecuentes son: escalofrío, malestar general, cefalea, mialgias, artralgias.

Medidas de control

La Influenza está incluida en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades evitables por vacunación, sujetas a notificación semanal (casos, brotes, defunciones) por lo que deberá incluirse en el informe semanal de casos nuevos de enfermedades (SUIVE-1-2000), o su equivalente. Las acciones de control se realizarán ante todo caso confirmado de Influenza.

En el caso confirmado

Investigar los contactos y la fuente de infección.

Difusión e información:

Con el fin de orientar, informar y generar tranquilidad entre el personal de salud y entre la población en general de nuestro estado, se han establecido diversos mecanismos de difusión de información mediante los cuales se provee información sobre los padecimientos, su tratamiento y medidas de prevención individuales y poblacionales. Algunos ejemplos de estos mecanismos son:

Los medios de comunicación masiva difunden información a una audiencia amplia y diversa, y tienen la capacidad de magnificar los acontecimientos sociales. Un mensaje puede ser repetido y lanzado como hecho importante o significativo sin serlo en realidad. Otros hechos pueden ser sistemáticamente ocultados y, por lo tanto en la realidad del colectivo no existir, al no tener eco en los medios.

Por lo tanto, es posible llegar a cambiar la opinión pública, pues se acepta por cierta la información que brindan, otorgándole credibilidad y un grado de confianza.

La comunicación de masas es impersonal, pues se dirige a grandes grupos que no pueden ser segmentados, (diferentes culturas, niveles socioeconómicos, educación, creencias y esferas de poder), sin embargo están unidos por un interés común. Además, puede establecer contacto simultáneamente con un gran número de personas, distantes de la fuente de información y muy separadas unas de otras.

Ahora bien, los objetivos de plan de comunicación masiva son:

- Facilitar la comunicación de mensajes claves, oportunos y claros, a través de los medios de comunicación masiva.
- Realizar el manejo confiable de información para disminuir su manipulación.
- Aumentar y fortalecer el nivel de conocimiento de la población sobre la importancia de acudir a vacunar a sus hijos y seguir las medidas de higiene básica.
- Impulsar la corresponsabilidad de la población en materia de salud.
- Sensibilizar y contribuir a educar individual y colectivamente a la población para apoyar la toma de decisiones respecto a su salud.
- Empoderar a la población para el autocuidado de la salud y evitar el contagio en los lugares concurridos.

Paralelamente a la prevención, deberán efectuarse acciones en el seno de la participación social, que nos permitan minimizar el riesgo de contagio en situaciones de riesgo, en este sentido se implementará el cierre temporal de escuelas (bajo el consentimiento del Comité Estatal de Seguridad en Salud) bajo el siguiente orden lógico de los filtros escolares:

Este Manual ofrece a los directivos de los planteles orientaciones básicas para llevar a cabo diferentes acciones en cinco momentos:

Primer momento: ***Preparativos para el regreso a la escuela***

Segundo momento: ***Tres días previos al regreso a la escuela***

Tercer momento: **Primer Día de Actividades Escolares**

Cuarto momento: **Primera Semana**

Quinto momento: **Durante todo el ciclo escolar.**

Cabe señalar que varias de esas acciones deberán constituirse en una práctica permanente en los planteles, para lo cual se incorporarán en sus instrumentos de planeación escolar.

- Primer momento: Preparativos para el regreso a la escuela

Los titulares de Salud y Educación en la entidad, convocarán a reuniones por zona escolar en las que participarán:

- El Presidente Municipal o su representante.
- El Jefe de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.
- El Jefe de Sector o Supervisor de Zona.
- Los Directores de las escuelas que se ubican en la zona.

El propósito de la reunión será abordar entre otros, los siguientes aspectos:

- Dar a conocer el Manual para Directivos Escolares para superar la contingencia por influenza A (H1N1).
- La forma de coordinar las acciones de las instancias involucradas y de las madres y padres de familia para intercambiar información, sumar capacidades y recursos, a fin de generar las mejores condiciones para que las niñas, niños y jóvenes regresen a la escuela en un entorno seguro y saludable.
- Estos acuerdos se verán reflejados en el Plan Escolar de Acción Emergente que elabore cada plantel.
- El procedimiento para canalizar a los estudiantes que sean identificados en las escuelas con síntomas de la enfermedad.
- La estrategia de información y difusión sobre las acciones preventivas dirigidas a las madres y padres de familia (materiales e información básica).
- La organización de un calendario de acciones a fin de potenciar los esfuerzos de cada instancia.
- Garantizar la suficiencia de insumos para las medidas de higiene que se implementarán en las escuelas (agua para limpieza, cloro, jabón para el lavado de manos y limpieza de instalaciones, toallas de papel para secar manos, entre otros).
- Las estrategias de atención, apoyo y comunicación con las escuelas ubicadas en localidades apartadas.

- **Segundo momento:** Tres días previos al regreso a la escuela

a) Primer día: Planeación y organización interna de la escuela

Con base en el Plan Escolar de Acción Emergente, el director sostendrá una reunión con los docentes y personal de apoyo y asistencia a la educación, para planear y organizar las actividades, entregar materiales, integrar comisiones para el desarrollo de acciones y convocar al conjunto de las madres y padres de familia para informarlos, y organizar el Filtro Escolar

b) Segundo y tercer día: Realización de la Jornada Nacional de Salud en la escuela.

Se convocará al personal de la escuela, madres y padres de familia de todos los alumnos, de preferencia en espacios abiertos, para:

- Informar sobre las medidas que se tomarán para que la permanencia en la escuela sea segura.
- Trabajar en conjunto personal de la escuela, madres y padres de familia a fin de limpiar el plantel con agua, jabón y cloro para mayor higiene y prevención. De especial importancia es la limpieza de los espacios donde se consumen alimentos, así como de los utensilios para prepararlos y consumirlos.
- Limpiar superficies con cloro que pudieran haberse contaminado previamente, tales como manijas, material didáctico y educativo (de plástico, madera, hule, etcétera), equipo de cómputo y laboratorio, que son manipulados por las y los estudiantes y por el personal de la escuela.
- Verificar que la escuela cuente con agua, fundamentalmente para el *lavado de manos* y el uso de sanitarios.
- Ventilar y permitir la entrada del sol a los salones y espacios cerrados.
- Organizar el *filtro escolar* para que, para que al permanecer en las escuelas, se detecten cuáles estudiantes o personal de la escuela presentan síntomas de enfermedad respiratoria. (se sugiere que el *filtro* sea un comité integrado por maestras, maestros, personal directivo y personal de apoyo y asistencia de la escuela; madres, padres, tutoras o tutores). En ese momento deben estar sanas físicamente y por ningún motivo deberán presentar algún síntoma de enfermedad respiratoria.
- El número de personas designadas para realizar el *filtro* dependerá de la cantidad de la población escolar.

Las personas que realizarán el filtro deberán ser informadas y sensibilizadas con contenidos básicos sobre:

- ¿Qué es la influenza A(H1N1)?
- Formas de transmisión.
- Síntomas y signos de alarma.
- Medidas preventivas: individuales y colectivas.
- Conocimiento del material informativo emitido por la autoridad sanitaria.
- Estrategia de organización para realizar el filtro escolar.
- Facilidad del lenguaje verbal y corporal, tono de la voz, trato respetuoso, sensibilidad.

Se debe enfatizar que los alumnos enfermos, por NINGÚN MOTIVO DEBEN ASISTIR A LA ESCUELA.

Las escuelas deberán contar, por lo menos, con los siguientes insumos para la aplicación de medidas de higiene:

- Detergente
- Cloro
- Bolsa de basura
- Jabón líquido o gel antibacterial con base de alcohol.
- Toallas de papel para secado de manos
- Bolsitas de plástico para el desecho de toallas y cubrebocas
- Cubrebocas para quienes realicen el Filtro Escolar (consultar el uso correcto del cubrebocas)

Asegurarse que el día de regreso a la escuela los estudiantes y personal se presenten aseados y con las uñas de las manos cortas y limpias.

- **Tercer momento:** Primer día de Actividades Escolares

Se debe evitar el hacinamiento de estudiantes, para evitar trastornos como la depresión. El personal docente deberá estar atento al comportamiento de los alumnos. Por ello, se deberán mantener las actividades al aire libre en la escuela sin poner en riesgo la salud.

Protocolo del filtro escolar en la entrada de la escuela

Procedimiento.

- El comité designado realizará el *filtro*.
- El número de personas designadas por escuela para realizar el *filtro*, dependerá del número de estudiantes y el flujo correspondiente.
- Las personas que realicen el Filtro, aplicarán la Guía de Preguntas; utilizarán cubreboca y mantendrán una distancia adecuada con el estudiante.
- Los directivos deberán tomar provisiones para que en las escuelas haya suficientes cubrebocas para el personal que realiza el Filtro Escolar.
- Es importante colocar los pañuelos desechables, toallas de papel y cubrebocas usados en una bolsa de plástico cerrada.
- El filtro escolar se aplicará de manera PERMANENTE.

Guía de Preguntas para efectuar el Filtro Escolar

A continuación se enlistan los síntomas sobre los que se deben preguntar a todas y todos los estudiantes y personal a la entrada de la escuela, una vez reiniciadas las clases, con el objetivo de prevenir la influenza y que el espacio escolar sea saludable y seguro.

Las preguntas van dirigidas a conocer si hoy padecen los siguientes síntomas:

1. ¿Tiene fiebre?
2. ¿Siente dolor de cabeza?
3. ¿Siente dolor muscular y/o de articulaciones?
4. ¿Tiene tos y/o estornuda?
5. ¿Tiene congestión nasal y/o catarro?

En caso de obtener al menos una respuesta afirmativa deberá distanciarlo del grupo, llamar a su padre, madre o tutor y solicitarle regresar al estudiante a su domicilio, con la instrucción de acudir ese mismo día a la unidad de salud más cercana para su valoración médica. Si no se localiza a la madre o padre, deberá mantenerse al niño en la escuela hasta que lleguen por él.

Otras sugerencias de Promoción a la Salud

Se sugiere organizar con los alumnos una actividad que incluya:

- Información sobre las medidas que se implementan para que el regreso a la escuela sea seguro.
- Intercambio de vivencias sobre el periodo de contingencia y actividades para plantear y superar sus temores.

Cuarto momento: La primera semana

1. Garantizar la disponibilidad de jabón, de toallas de papel y contar con cestos de basura protegidos con una bolsa de plástico.
2. Enseñar las técnicas adecuadas para lavar las manos, toser y estornudar, y verificar su aplicación en los momentos y con la frecuencia que resulten más pertinentes.
3. Ventilar y permitir la entrada del sol a los salones y espacios cerrados, de manera permanente, evitando corrientes de aire.
4. Escuchar con mucha atención y comprender los temores, dudas, intereses y expectativas de los alumnos y orientarlos respetuosamente en todo momento.
6. Reiterar a los padres de familia no enviar a sus hijos a la escuela con síntomas respiratorios como catarro o tos.
7. Organizar la jornada escolar incluyendo actividades para que los estudiantes desarrollen prácticas de higiene personal y de las instalaciones durante su estancia en la escuela como:

a) Lavarse las manos con agua y jabón:

- Al llegar a la escuela y antes de entrar al salón de clase.
- Al salir y entrar de la hora de recreo.

- Antes y después de consumir sus alimentos.
 - Antes y después de ir al baño.
 - Al salir de la escuela
- b) Lavar o limpiar los utensilios o envases de bebidas que utilizan para consumir los alimentos a la hora de recreo.
- c) No tocarse los ojos, nariz ni boca; no meterse objetos a la boca como lápices y no compartir alimentos ni bebidas; no saludar de mano ni de beso.
- d) Limpiar la superficie de los equipos, aparatos o mobiliario con que tienen contacto, y posteriormente, lavar sus manos.

Quinto momento: Durante todo el ciclo escolar

1. Promover entre estudiantes, personal docente, madres y padres de familia los siguientes hábitos:
 - Cubrir la boca al toser y estornudar con un pañuelo desechable o con el ángulo interno del codo.
 - Tirar inmediatamente el pañuelo, dentro de una bolsita de plástico, amarrarla, tirarla en la basura y lavarse las manos.
 - No escupir en el suelo.
 - Lavarse frecuentemente las manos.
 - No compartir platos, vasos, cubiertos, popotes, ni utensilios de limpieza personal como cepillo de dientes o toallas.
 - Ante cualquier manifestación de enfermedad acudir a su unidad de salud.
 - Alimentarse correctamente y hacer énfasis en los alimentos con vitamina "c".
 - Cuidarse de los cambios bruscos de temperatura.
2. Mantener limpios y desinfectados todos los espacios, mobiliario, equipo y materiales educativos y de trabajo.
3. Verificar el buen funcionamiento y limpieza de depósitos, tuberías y tomas de agua.
4. Garantizar la disponibilidad de los insumos básicos para la limpieza de los alumnos y personal de la escuela.
5. Promover la práctica de medidas de higiene para la preparación y consumo de alimentos.
6. Destinar un día de cada mes para la *jornada nacional de salud en la escuela* siguiendo las recomendaciones hechas.
7. Intensificar las acciones informativas durante las Semanas Nacionales de Salud.

Líneas de Acción en materia de Promoción de la Salud

- Estrategia de Voceros Únicos. Exclusivamente el gobernador Constitucional del Estado de Quintana Roo, así como el secretario de salud en el Estado proporcionarán información a los medios de comunicación masiva, con el fin de unificar mensajes y evitar confusión y rumores.
- Trípticos, postres, espectaculares, banners y volantes. (ver anexos)
- Capacitación a personal institucional, no institucional y de la comunidad sobre

medidas de prevención.

- Uso de recursos didácticos en sitios estratégicos, para promover mensajes de higiene, como botargas de PROMI (ver anexo)
- Anuncios en radio, televisión y rotativos de cobertura estatal.
- Gestionar ante autoridades municipales y locales, la implementación de filtros sanitarios obligatorios durante la celebración de eventos masivos superiores a 80 asistentes.
- Fortalecimiento de la operación de filtros sanitarios en escuelas de todos los niveles.
- Capacitación/actualización sobre medidas de prevención a personal docente, administrativo, escolares y padres de familia.
- Difusión en centros de concentración poblacional de materiales visuales para prevención de Influenza. (escuelas, trabajo, parques, iglesias, oficinas, circos, cárceles, entre otros)
- Coordinación y homogenización de mensajes preventivos en estaciones de radio y tv sociales y de los 9 municipios del estado.
- Traducción de todos los mensajes a lengua maya.
- Difusión de medidas de prevención en portales de Internet y de mensajería instantánea. Ejem. "Cadenas de correos electrónicos"
- Participación en entrevistas para promover hábitos higiénicos en el hogar, escuela y trabajo.
- Difusión de manuales para líderes de opinión sobre Influenza y su prevención.
- Utilización de la estructura social de los ayuntamientos para generar agentes multiplicadores de las medidas de prevención entre la comunidad.
- Coordinación con las autoridades municipales y locales para la difusión de mensajes de prevención vía perifoneo en español y lengua maya en zonas rurales.
- Coordinación y actualización diaria sobre lineamientos y evolución de la enfermedad y su comportamiento en la entidad.
- Abasto 1 a 1 por habitante de materiales de prevención a nivel jurisdiccional.
- En caso de presentarse un fenómeno hidrometereológico, gestionar con autoridades municipales y locales la distribución de alcoholgel y/o desinfectantes de manos.
- Concentrar las áreas de capacitación de las dependencias de los 3 niveles de gobierno, para coordinar capacitaciones al interior de las mismas sobre la prevención de Influenza
- Realización de talleres de prevención de Influenza en el seno de los comités municipales y locales de salud y de Oportunidades.
- Manuales técnicos y lineamientos.

Cabe destacar que el Cierre Temporal de Escuelas, se deberá realizar bajo los siguientes criterios:

2 o más casos sospechosos	=	Cierre de salón por 1 semana
2 o más salones con sospechosos	=	Cierre de turno 1 semana
Dos turnos con más de 2 salones con sospechosos	=	Cierre de Escuela Hasta nuevo aviso

Materiales disponibles y más información en:

Página electrónica:

- Nacional: www.salud.gob.mx
- Estatal: www.saludqr.gob.mx

Línea de información:

- Nacional: **01 800 00 44 800.**
- Estatal: **01 983 83 3 97 09 y 17**

Componente de Atención Médica ambulatoria y hospitalaria

Comandos de respuesta rápida

Es importante la intervención coordinada, oportuna y eficiente a nivel Jurisdiccional, que conlleva a integrar Comandos de Respuesta Rápida, integrado por personal capacitado para fungir como líderes, coordinando e instrumentando las acciones de respuesta de acuerdo a lo establecido normativamente.

Cada comando estará integrado por médicos, enfermeras, promotores de salud, trabajadoras sociales, personal de laboratorio, personal clínico y personal con experiencia en vacunación, los cuales estarán adecuadamente capacitados para coordinar y operar las acciones de respuesta ante el riesgo de una pandemia de influenza.

Se integrará un comando con 13 elementos a nivel jurisdiccional, pudiendo ser integrados más equipos durante una Pandemia de Influenza, tomando en consideración la extensión del área afectada, como sigue:

- 1 Jefe Jurisdiccional
- 1 Responsable de Vigilancia Epidemiológica
- 1 Responsable de Urgencias Epidemiológicas y Desastres
- 2 Brigadas de campo con 5 integrantes cada una.

Además cada equipo deberá contemplar al personal (15) para los centros de vacunación y personal para el Centro de Atención y Aislamiento (66), Estos Comandos de respuesta Rápida se concentrarán en un Centro de Comando que coordinará las acciones de respuesta entre el nivel federal, estatal y jurisdiccional, así como la comunicación con otras entidades federativas o instituciones que se requiera, por lo que es importante que cuente con suficientes medios de comunicación. El Centro de Comando debe permanecer activo las 24 hr del día hasta que se declare terminado el evento por autoridades federales. En caso necesario se instalarán Centros de Comando Jurisdiccionales, debiendo designarse previamente debiendo contar con vías de comunicación, líneas telefónicas, fax, equipo de cómputo con internet, televisión con cable-satélite; energía eléctrica e infraestructura sanitaria y recursos materiales: sillas, escritorios, papelería, etc.

Centros de atención

Prehospitalaria

- Se llevará a cabo la identificación y clasificación de pacientes para su referencia y tratamiento logrando así limitar los daños a la salud.

Puestos de socorro médico

- Instalación médica móvil parcialmente desplegada para la atención de urgencia conformado con médico y paramédico, material, equipo y medicamentos.

Unidad médica de atención ambulatoria

- Todos los Centros de Salud tienen servicio de consulta externa, y cuentan con personal médico y medicamentos para identificar casos sospechosos e iniciar tratamiento.

Hospitalaria

- Unidades que proporcionan servicio de hospitalización con personal capacitado y tecnología para el control, tratamiento y seguimiento de casos complicados.

Atención psicológica

Eventos de esta magnitud (Pandemia) genera en la población sentimientos de vulnerabilidad e inseguridad, provocando angustia, miedo y terror, además de afectarse sus funciones de percepción, integración, juicio y raciocinio, creando sentimientos de pánico e incertidumbre por un cambio repentino y significativo, que se exacerban dependiendo de la magnitud del evento, va a producir debilidad, incapacidad o dificultad para evitar, resistir, sobrevivir o recuperarse de un evento de esta naturaleza, creando confusión y desorden, que apremia a los servicios de salud a una rápida y adecuada intervención psicológica a individuos o grupos, que involucra dos elementos: las intervenciones de primera y de segunda instancia.

Las primeras involucran la asistencia inmediata y pretender proporcionar apoyo y enlazar a las personas en crisis con los recursos de ayuda, con el apoyo del Jefe Jurisdiccional y brigadistas. Las segundas se refieren a un proceso terapéutico breve y que se encamina a la resolución de la crisis, con el apoyo de psicólogos y psiquiatras.

Centros de atención y aislamiento

Son la instancia pre hospitalaria de identificación, clasificación y atención a la población cuando ésta ha sido afectada por una situación de crisis (hoteles, gimnasios, naves industriales) cuya prioridad es atender a pacientes clasificados como naranja, siendo responsabilidad jurisdiccional el adecuado funcionamiento y operación, sin embargo, es necesaria la coordinación con otras instancias como SEDENA y Protección Civil, quienes apoyarán en las medidas de seguridad.

Un Centro de Atención y Aislamiento por cada población > de 100,000 habitantes., que se activará en las primeras 36 hrs de iniciada la fase VI y operará las 24 hrs del día distribuidos en tres turnos, cuyos sitios serán asignados por los Comandos Estatales y Jurisdiccionales de Respuesta Rápida, tomando en consideración las siguientes consideraciones:

1. Ser lugares amplios que puedan dividirse en varias áreas; se instalarán en lugares donde puedan ser colocadas 5 carpas de 30m², de lona fácil de limpiar o lavar, sin roturas, con una sola entrada.
2. Ubicados lejos de grandes concentraciones de población.
3. No podrán ser Centros de Salud ni Hospitales, ya que eso implicaría cerrar esa unidad para brindar otros servicios al resto de la población, hasta el control del brote.
4. Se recomienda instalarlos en escuelas, centros deportivos, estadios, palenques, aeropuertos, etc.
5. Que cuente con los siguientes servicios:
 - Vías de comunicación: rápidas, de preferencia pavimentadas.
 - Líneas telefónicas: <20 mts al inmueble; debe ser un área despejada.
 - Energía eléctrica.
 - Infraestructura sanitaria: agua potable o un depósito de 5,000 lts, drenaje, baños suficientes para hombres y mujeres (60 personas, 1 por cada 15 personas) y regaderas (1 para cada 10 personas)

Estos Centros de Atención y Aislamiento deberán contar con:

- Área de seguridad
- Área de espera
- Área de registro y clasificación
- Área de atención y aislamiento
- Área de lavandería
- Área de alimentación y descanso

Activación:

- Área de recepción: para control y registro de pacientes.
- Área de consulta externa: para clasificación de pacientes (ambulatorio u hospitalización).
- Área para tratamiento: donde se aplicará la vacuna contra la influenza o se proporcionarán antivirales, previa consulta.
- Área para personal: para estancia del personal.
- Lavandería: lavado de ropa de consultorios, pacientes (batas) y personal de salud (ropa quirúrgica).
- Cocina (móvil o fija): para preparación de alimentos para personal.
- Bodega: para almacenar la reserva de medicamentos e insumos.

Para elegir estos sitios deberá tomarse en cuenta lo siguiente:

- Ser lugares amplios, que puedan dividirse en 5 áreas de 10 m², de lona fácil de limpiar o lavar, sin roturas, con dos entradas y divididas por la mitad.
- No podrán ser centros de salud, ni hospitales fijos, ya que eso implicaría el cierre de esa unidad y no podría brindar otros servicios al resto de la población.
- Los sitios recomendados para su instalación son: escuelas, centros deportivos, estadios, aeropuertos, hoteles, entre otros.

Recursos materiales

- Cuatro consultorios
- Una mesa (escritorio) para cada área
- Sillas de material plástico
- Unidad refrigerante
- Termos con paquetes refrigerantes
- Bolsas y recolectores para manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos de acuerdo a la normatividad.
- Anaqueles para el almacenamiento de medicamentos y material.

Personal para el Centro de Atención y Aislamiento.

El personal será designado por el Comando Jurisdiccional de Respuesta Rápida y deberá estar formado por médicos, enfermeras, personal de laboratorio y personal de apoyo (intendencia y administrativos), siendo un total de 17 personas por turno (3 turnos), que podrán cubrir la consulta diaria de 192 pacientes distribuidos de la siguiente manera:

Medidas de aislamiento en los centros de atención y aislamiento

Las medidas de precaución deben ser aplicadas por el personal de salud para mantener en aislamiento adecuado a los pacientes con enfermedades infectocontagiosas para evitar que se disemine la infección. Estas medidas pueden ser estándar, de aislamiento aéreo y de aislamiento de contacto.

Medidas de precaución estándar

Estas medidas son buenas para prevenir la diseminación de la infección e incluye:

- a) Lavado de manos antes y después de tener contacto con el paciente, aún cuando se utilicen guantes.
- b) Utilización de barreras protectoras, tales como guantes, batas, cubrebocas (de preferencia mascarillas PR, N-95) y goggles.
- c) Evitar el contacto con cualquier fluido, por medio de la limpieza o el uso de material desechable.
- d) Manejar con cuidado cualquier instrumento punzo cortante para evitar contacto con material contaminado.

Medidas de aislamiento aéreo.

1. Los pacientes que tengan la misma enfermedad podrán compartir el cuarto, manteniendo una distancia mínima de 1 mt entre un paciente y otro.
2. La puerta del área de aislamiento debe permanecer cerrada.
3. Solo familiares esenciales pueden entrar a visitar al paciente por tiempo breve, portando todas las barreras protectoras y bajo la supervisión de las enfermeras.
4. Una vez que el paciente esté dentro del Centro de Aislamiento, no podrá ser transportado a menos que amerite atención en cuidados intensivos.
5. En caso de transportar al paciente, éste deberá portar mascarilla e ir acompañado por personal de atención médica, utilizando un transporte y un elevador privado y exclusivo para esta actividad.

Medidas de aislamiento de contacto.

1. Los pacientes que tengan la misma enfermedad podrán compartir el cuarto.
2. Usar guantes y cambiarlos después de tocar material infeccioso. Retirarlos antes de salir del cuarto y lavarse las manos inmediatamente.
3. Usar bata limpia y quitársela antes de dejar el área del paciente, procurando no contaminar la ropa.
4. Transportar al paciente sólo cuando absolutamente sea necesario y manteniendo las precauciones de aislamiento.

Manejo de la influenza complicada en el adulto durante una situación de pandemia

Aunque la vacunación masiva es la manera ideal de reducir la diseminación de los virus de influenza, la preparación de nuevas vacunas suele tomar al menos 6 meses, por lo que las drogas antivirales son la única opción para el control de eventuales brotes, y de las cuales existen dos con actividad contra el virus de la influenza: 1) los bloqueadores de la proteína M2 (amantadina y rimantadina) y 2) los inhibidores de neuraminidasa (zanamivir y oseltamivir).

El principal problema de los bloqueadores M2 es que inducen rápidas apariciones de virus resistentes, además de que no tienen acción contra influenza B. los inhibidores de neuraminidasa son más costosos pero inducen menos resistencias, además de que tienen acción contra influenza B.

Manejo del adulto con influenza complicada

Los casos no complicados de influenza deben manejarse con sintomático como acetaminofén. La tos suele ser autolimitada en pocos días y debe tratarse solo en casos severos, con derivados de la codeína. Los pacientes deberán mantenerse en reposo en casa hasta la resolución del cuadro agudo.

Los pacientes con influenza complicada por fallas orgánicas, deberá considerarse el uso de drogas antivirales y antibióticos, así como el manejo en unidades de cuidados intensivos.

Manejo en unidades de trapa intensiva.

Los casos graves tienden a desarrollar síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva, por lo que los líquidos deben administrarse con prudencia. Estos pacientes requieren vigilancia en unidades de terapia intensiva para sostén hemodinámica y respiratorio.

Uso de drogas antivirales

Para los casos complicados que se encuentren dentro de las primeras 48 horas de inicio de los síntomas, deberá considerarse el inicio de antivirales contra el tipo viral presente en el brote.

El zanamivir puede agravar el bronco espasmo en pacientes con asma y el oseltamivir puede ocasionar náusea y vómito, que puede moderarse cuando se administra junto con alimentos.

Uso de antibióticos

Debe reservarse para los pacientes en que aparece neumonía bacteriana secundaria, y debe estar precedido de la toma de muestra de las secreciones respiratorias para la coloración de Gram y el cultivo. Si la etiología es poco clara luego de examinar las secreciones, o en casos en que no se cuente con el estudio microbiológico deberá iniciarse ceftriaxona, a 1 gr cada 12 hr, o bien, en casos en que se sospeche o se confirme infección por *Streptococcus pneumoniae* o *Hemophilus influenzae*; si se trata de *staphylococcus aureus* se indicará a 750 mg c/8 hr.

En casos complicados con neumonías agregadas como complicación hospitalaria, deberá determinarse el agente causal y manejarse de acuerdo con los estudios de sensibilidad determinados por el laboratorio de microbiología. Una vez solicitados los estudios de microbiología, se iniciará el manejo empírico de acuerdo con los patrones de sensibilidad conocidos para los gérmenes más comunes en cada institución.

Precauciones de transmisión en los hospitales.

La influenza se transmite por contacto directo o por gotas que no viajan más allá de 1 mt por el aire. Por lo tanto, en los hospitales los pacientes deberán atenderse usando las precauciones estándar más las precauciones para gotas:

- Lavado de manos o antisepsia de gel con alcohol después de tocar al paciente.
- Usar guantes para el contacto con mucosa, sangre, secreciones o líquidos corporales.
- Utilizar bata y lentes (o careta) de protección para efectuar procedimientos que pudieran generar salpicaduras, tales como punciones o aspiraciones.
- La ropa de cama contaminada con sangre o líquidos corporales debe manejarse con guantes y procesarse apropiadamente como ropa contaminada.
- En caso de resucitación utilizar equipo que evite las maniobras de boca a boca.
- De ser posible, colocar al paciente en un cuarto individual, de lo contrario, utilizar salas generales destinadas para reunir varios pacientes con el mismo diagnóstico (aislamiento de cohorte).
- Las personas que se acerquen a menos de 1 mt del paciente deberán usar cubre bocas.

Guía para el manejo de pediátricos complicados con virus de influenza en pandemia

Los niños infectados desarrollan la sintomatología de 1 a 4 días después de la exposición. Las complicaciones más comunes son secundarias a neumonías bacterianas, en niños también puede conducir a super infección bacteriana.

Hay reportes donde se reporta que aproximadamente la complicación bacteriana se puede presentar en un 70%; en períodos interpandémicos 44-57% de los pacientes hospitalizados con influenza tenían neumonía bacteriana y 25% de todas las muertes asociadas a influenza son debido a neumonía bacteriana secundaria.

El *Streptococo pneumoniae* es la principal causa de neumonía en pacientes que se complican por influenza, sin embargo, las complicaciones bacterianas también corresponden a otros agentes que en forma secundaria pueden infectar a los pacientes que están cursando con influenza como *Staphylococcus* y Gram negativos. Los antibióticos de uso potencial son: Ceftriaxona, Vancomicina, Amoxicilina-Clavulanato, Ceftazidima, Claritromicina, Gentamicina, Meropenem y Clindamicina.

Manejo pediátrico del niño complicado en terapia intensiva

Ingreso al departamento de terapia intensiva en situaciones de pandemia; el ingreso suele ir en relación con la necesidad de soporte ventilatorio, circulatorio y neurológico, e ingresarán aquellos pacientes con enfermedad pulmonar severa y progresiva que pongan en riesgo la vida, aquellos que cursen con datos clínicos de insuficiencia respiratoria y se le realizará valoración de su gravedad desde el momento de su hospitalización, para comprobar la eficacia de las medidas terapéuticas, con los siguientes parámetros de gravedad:

- Escala de Murray
- Parámetros de oxigenación
- Existencia de enfisema intersticial, neumomediastino, neumotórax, neumopericardio, enfisema subcutáneo.

- La evaluación del estado mental es básico por afectación de la función del SNC, por lo que la escala de coma de Glasgow es útil para realizar una evaluación inicial y sucesiva

Se debe considerar que es de vital importancia las medidas de aislamiento al momento de realizar nebulización no invasiva, intubación endotraqueal, aspiración de secreciones del paciente por su alto riesgo de transmisión del virus por vía respiratoria.

Es indispensable que la unidad de terapia intensiva cuente con:

- Monitores Hewlett Packard
- Camas eléctricas Stryker critical care bed y camas hard critical care cribs (Iremed)
- Ventiladores estandar
- Ventilador de alta frecuencia
- Camilla de traslado neumática
- Monitor de traslado Hewlett packard
- Estimulador transcutáneo nervioso, monitoreo de sedación (Bis)
- Espirómetro
- Cunas térmicas Biolet STR
- Incubadora de traslado
- Dos básculas digital
- Marcapaso externo transcutáneo a demanda con dos cablecatéteres
- Gasómetro Agilent (HP-IRMA) M3622A/M3623A
- Monitor metabólico (calorímetro)
- Máquina de hemodiafiltración
- Ultrasonido Dopler a color (ecocardiografía)
- Flujo laminar para los dos aislados
- Carro rojo
- Sistema de cómputo
- Sistema cerrado de aspiración (20 piezas de cada uno)

Profilaxis y tratamiento con antivirales en niños

Es la única intervención específica inicial contra el virus en caso de pandemias y sus recomendaciones son:

- 1° minimizar las enfermedades graves y defunciones
- deben ser administrados solamente en una comunidad cuando el virus de la pandemia de influenza sea detectado. Su inicio debe ser decidido por las autoridades locales responsables en conjunto con las autoridades municipales, estatales, de acuerdo a la disponibilidad de los antivirales.
- Se puede utilizar para profilaxis rimantadina, pero para el tratamiento solamente inhibidores de la neurominidasa como oseltamivir,
- Los siguientes grupos son prioritarios para el uso de medicamentos antiinfluenza
 - Tratamiento de niños hospitalizados por influenza
 - Profilaxis de niños de alto riesgo hospitalizados por enfermedades diferentes a influenza.

- Tratamiento en niños enfermos con factores de riesgo.
- Control de brotes en residentes de instituciones con alto riesgo
- La susceptibilidad de la cepa de influenza circulante a los antivirales disponibles debe ser monitoreada.
- Debido a que existen cambios de manera muy rápida en la evidencia científica, las recomendaciones u opciones para la profilaxis y tratamiento con los antivirales debe ser revisada periódicamente.

Indicaciones, dosis y toxicidad

Rimantadina (Gabirol)

Profilaxis: prevención de infecciones respiratorias causadas por cepas del virus de la Influenza A. Dosis: 1 a 9 años 5 mg/kg/día dividido cada 12 hr sin pasar de 150 mg al día. 10 años de edad o 40 kg de peso, 100 mg cada 12 hr. Ambos durante 6 semanas.

Tratamiento: de infecciones respiratorias causadas por cepas del virus de la influenza A. Dosis: 1 a 9 años 5 mg/kg/día cada 12 hr; 10 años de edad o 40 kg de peso, 200 mg cada 12 hr. Ambos durante 5 días.

Efectos secundarios: Sistema gastrointestinal (vómitos, náusea, anorexia); SNC (nerviosismo, ansiedad, insomnio, crisis convulsivas, delirio, alucinaciones); Sistema cardiovascular (arritmias, en sobredosis)

Oseltamivir (Tamiflu)

Profilaxis: en mayores de 13 años de edad, prevención de infecciones respiratorias causadas por cepas del virus de la influenza A y B. Dosis: Mayores de 13 años de edad, 75 mg cada 12 hr

Tratamiento: de enfermedad aguda por influenza no complicada, en niños sintomáticos pero no más de dos días. Dosis: Mayores de 1 año de edad: 15 kg, 30 mg cada 12 hr; >15 a 23 kg, 45 mg cada 12 hr; >23 a 40 kg, 60 mg cada 12 hr; >40 kg, 75 mg cada 12 hr. Durante 5 días.

Efectos secundarios: Sistema gastrointestinal (vómitos, náusea).

El tratamiento debe ser iniciado tan pronto sea posible y no más de 48 hr del inicio de los síntomas, debido a que el inicio temprano da mejores resultados.

Como el 75% del medicamento se metaboliza en el hígado y se excreta por la orina, debe considerarse en niños con alteraciones hepáticas y renales.

Medicamentos Básicos

Se deberá contar con medicamentos para la atención en unidades médicas y centros de atención y aislamiento.

El presente componente tiene el objetivo de limitar el daño en los casos probables y confirmados, así como evitar la diseminación de la enfermedad entre la población de Quintana Roo. Los objetivos específicos y las acciones sustantivas se concentran en:

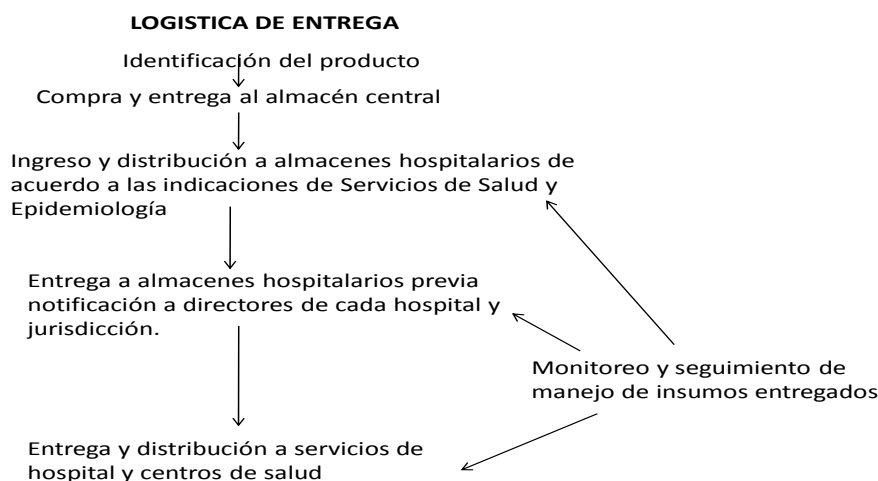
- a) Aplicar el triage establecido por el “Plan Hospitalario para la respuesta y manejo de una posible pandemia de influenza” adaptado al contexto de Quintana Roo y las unidades proveedoras de salud existentes en Quintana Roo. Esto es con la finalidad de identificar a aquellas personas que puedan
- b) Garantizar los insumos médicos y equipamiento por niveles de atención, a través de
 - a. la identificación de número de casos esperados de influenza en el estado y el consumo de reserva estratégica durante el periodo de contingencia.
 - b. La planeación de distribución de insumos necesarios en las unidades proveedoras de salud.
 - c. Identificación de costo de insumos para atención ambulatoria y hospitalaria de casos para influenza
 - d. adquisición de insumos y distribución de los mismos a través del almacén central a los almacenes hospitalarios y jurisdiccionales.
- c) Capacitar sobre el tema de influenza, de acuerdo a temas prioritarios, ésta será dirigida a hospitales y jurisdicciones, con mayor énfasis en las personas que se encuentran en contacto con pacientes. La guía que servirá como eje en las acciones, y manejo de pacientes será el “Plan Hospitalario para la respuesta y manejo de una posible pandemia de influenza” adaptado al contexto de Quintana Roo y las unidades proveedoras de salud existentes en Quintana Roo.
- d) Los indicadores de seguimiento serán en función del manejo de pacientes con influenza en los diferentes niveles de atención.

Indicador	Construcción
Pacientes sospechosos de influenza	Pacientes diagnosticados correctamente a partir de la definición operacional de caso
Paciente confirmado de influenza	Paciente confirmado correctamente a partir de la definición operacional de caso
Supervisión orientadora a los prestadores de servicio al frente de pacientes con influenza	Supervisión programada / supervisión realizada
Insumos completos para la operación de actividades	Insumos necesarios diariamente en cada unidad proveedora de atención/ insumos existentes diariamente en cada unidad proveedora de atención
Reconversión hospitalaria	Aplicación de recomendaciones de “Plan Hospitalario para la respuesta y manejo de una posible pandemia de influenza” adecuado a cada hospital.
Adecuado manejo de pacientes hospitalizados	Apego al protocolo estandarizado de atención médica de hospitalizados
Establecimiento de sesiones de comité locales y estatales	Sesiones programadas / sesiones realizadas

- e) Fortalecer la comunicación interinstitucional así como entre el primer y segundo nivel con la finalidad de mejorar la referencia de pacientes de acuerdo al triage aplicado. Ver anexo 1
- f) Sesionar de forma continua el comité hospitalario para atención en caso de
- g) influenza, con notificación permanente de los acuerdos y puntos tratados en la misma. Se recomienda una calendarización del mismo con la finalidad de acompañar durante este proceso.

Reserva estratégica:

Los servicios de Salud atenderán con tiempo la necesidad de insumos y la provisión para el consumo de materiales que brindarán atención a la población en caso de contingencia. estos insumos serán adquiridos gradualmente de acuerdo al movimiento de los mismos, dejando la posibilidad de un mayor o menor consumo.



Durante el inicio de contingencia con relación a insumos, desde el 27 de Abril hasta el mes de Julio se ha distribuido en el estado aproximadamente:

Insumos	Consumo 27 de abr – 10 de Ago	Medicamentos	Consumo 27 de abr – 10 de Ago
Mascarilla N95	3500 con filtro 4200 sin filtro	Paracetamol	10,000 tab y 1000 frasco gotero
Cubrebocas	300,000	Oseltamivir	18,000 cajas
Batas desechables	4000	Zanamivir	500 tab
Guantes desechables	520	Ceftriaxona	1000
Googles	3000		

Se espera contar para el periodo de Septiembre 09 a Febrero 10 con los siguientes insumos para atención de contingencia por influenza

Insumos		Medicamentos	
Mascarilla N95	4000 con filtro 5000 con filtro	Paracetamol	30,000 tab y 10,000 fco. Gotero
Cubrebocas	700,000	Oseltamivir	35,000 cajas
Batas desechables	5000	Zanamivir	1000 cajas
Guantes desechables	2000	Ceftriaxona	1000
Googles	3000		

Para preservar la garantía en entrega y distribución de insumos se establecerán responsables de cada área involucrada siendo los administradores y responsables de almacén quienes se encargarán de solicitar, recibir y distribuirlos, enviarán su informe de movimientos y existencias de forma diaria mientras se notifique el brote y una vez disminuido el reporte será cada semana. La solicitud de se realizará los días viernes y la entrega de los mismos se realizará una vez por semana los días martes, de tal manera se pretende establecer una calendarización para optimizar recursos y hacer una entrega completa.