

## 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

## Resumen ejecutivo

*Se presentan los antecedentes epidemiológicos y el diagnóstico de infraestructura y recursos humanos para hacer frente a la pandemia de influenza que afecta a México y a otros países del mundo. En apoyo a lo anterior se incluyen gráficos y cuadros que permiten visualizar la situación que guarda la influenza en el estado así como las matrices de programación para los distintos componentes del programa operativo de la temporada octubre 2009 a marzo 2010, lo que incluye en esto último la definición de objetivos, metas, acciones sustantivas e indicadores de proceso e impacto. Todo lo anterior enmarcado en los lineamientos de las áreas mayores que conforman la secretaría de salud federal y la problemática que enfrenta el estado para la atención integral de influenza.*

## I. Introducción

México fue el primer país en anunciar la presencia de la transmisión sostenida del nuevo virus de influenza humana A H1N1, que amenazaba la salud y la vida de los jaliscienses, ante el ello, el Estado compartió la diversidad de experiencias, estrategias y acciones que desarrolló durante ésta alerta epidemiológica.

El Estado determinó sus acciones en base en los siguientes principios rectores:

1. Proteger la salud y preservar la vida de la población.
2. Contención del daño a la salud.
3. Dar continuidad, en lo posible, a la dinámica socioeconómica del Estado.

El 23 de abril la Secretaría de salud declara la alerta sanitaria e inicio de acciones para dar respuestas efectivas ante esta situación, el punto de partida fue el Plan Nacional de Preparación de Respuesta ante una Pandemia de Influenza del año 2006, estrategia diseñada para contribuir en la disminución del impacto y la optimización de los recursos existentes frente a la incertidumbre de las características del virus, de su comportamiento epidemiológico y de la sospecha que pudiera ocasionar miles de enfermos y o un inesperado incremento en el número de decesos como ocurrió con la Pandemia de influenza en 1918, Jalisco adoptó y aplico el principio precautorio (o de cautela) para hacer frente a la amenaza de salud.

Se desarrollaron intervenciones anticipatorias de prevención orientadas a mitigar y controlar la circulación y el contagio del virus. Las acciones se encaminaron a proteger la salud de la población ante la epidemia e incidir en las modificaciones hacia una nueva cultura, en base a tres grandes estrategias:

1. Comunicación en riesgos
2. Entornos saludables
3. Vinculación con otras instituciones públicas y probadas, con organismos de la sociedad civil.

De esta manera, el Gobierno del Estado y la sociedad de manera responsable tomaron medidas tendientes a evitar el contagio a este nuevo virus y a diagnosticar y tratar oportunamente las personas infectadas con el fin de contener el daño a la salud.

## II. Antecedentes

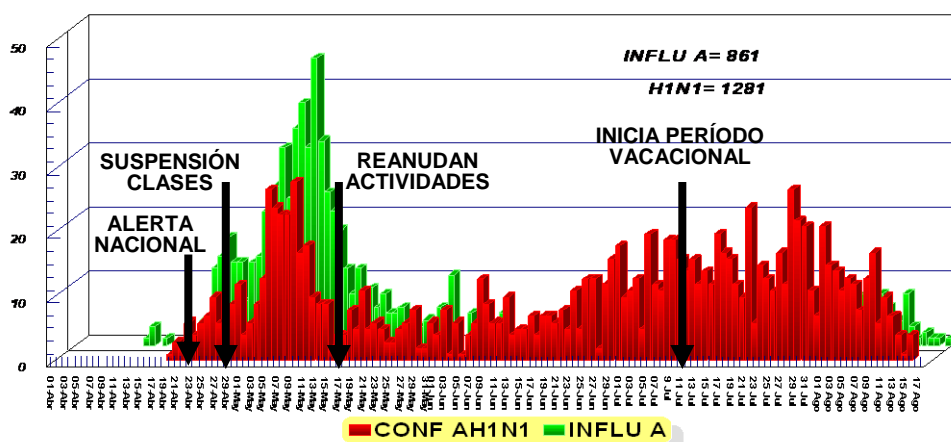
### 1) Situación actual y determinantes de la transmisión

A partir de la semana epidemiológica 15, se observó en Jalisco un incremento en el número de casos sospechosos de influenza, mismos a los que se les tomó muestra de exudado faríngeo y fueron notificados a la Dirección General de Epidemiología, esto es una semana antes de que se emitiera la alerta epidemiológica y sanitaria nacional ante la presencia de una cepa nueva del virus de la influenza A H1N1 swine California 2009. Sin embargo, fue hasta el 6 de mayo que conocimos los casos confirmados originados por ese virus. A partir de esa fecha, la transmisión de la enfermedad ha tenido un comportamiento variado, ya que el mayor número de casos se observó en los días 10 y 11 de mayo, de acuerdo a fecha de inicio con una disminución clara en el mes de mayo, para posteriormente mantener las cifras constantes hasta el mes de septiembre.

Entidad / Fuente	Casos confirmados	Defunciones
<b>Mundo / OMS</b>	209,438	2,185
<b>México / SSA</b>	22,363	199
<b>Jalisco / SSJ</b>	1,425	<b>18</b>

Fecha: \* Hasta 4 de agosto del 2009

### Casos confirmados por influenza AH1N1 y tipo, por fecha de inicio. Jalisco 2009



Fuente: LESP e INDRE  
\*HASTA 24/08/09

Hasta la fecha se han estudiado un total de 5,531 casos sospechosos, de los cuales se han confirmado a través de la prueba de PCR en tiempo real 1,425 casos de H1N1, lo anterior ubica a Jalisco en cuarto lugar a nivel nacional por número de casos y en 6° lugar según tasa de incidencia que alcanza 18.44 casos por cada 100,000 habitantes.

La mayor frecuencia de casos se registra en la ciudad de Guadalajara con el 34% de los casos y le siguen los municipios de la zona conurbada de Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque y Tonalá que en conjunto agrupan el 69% de los casos, en el 37% de los municipios del estado se ha registrado transmisión de influenza, sin embargo, el 50% de los municipios ha tenido notificación de casos. Por lo anterior se observa que el mayor potencial de transmisión se presenta en las zonas con mayor densidad de población.

Los grupos de edad más afectados son los escolares y adolescentes, con el 51% de los casos, le sigue el grupo de población económicamente productiva con el 33% de los casos, aunque cabe mencionar que todos los grupos de edad han registrado casos. Respecto a la frecuencia por sexo es similar.

En Jalisco se han registrado brotes en grupos cerrados de población, como grupos en reuniones de trabajo en espacios cerrados y con convivencia prolongada, en grupos de escolares y en grupos de personas en actividades recreativas. Lo anterior nos permite estimar que los grupos vulnerables son aquéllos que deben permanecer en convivencia por varias horas en espacios cerrados o con poco espacio y tal vez poca ventilación.

Vale la pena mencionar que el municipio de mayor afluencia turística del estado es el de Puerto Vallarta en el cual se han confirmado 41 caso y una defunción, lo que representa el 2.4% de letalidad.

Mediante la notificación de casos hospitalizados a través de los hospitales públicas y privados tenemos el registro que desde el mes de mayo y hasta el 3 de septiembre del 2009 se han hospitalizado 926 pacientes con sospecha de influenza. Lo que representa el 17% de los casos estudiados.

Con relación a la mortalidad por Influenza A (H1N1), de abril a agosto del año en curso, se han confirmado un total de 18 defunciones por esta causa, lo cual corresponde a una tasa de letalidad del 1.24%, mayor a la tasa mundial (1.0) y a la nacional (0.88). La frecuencia se ha incrementado en los últimos dos meses, ocurriendo 4 en los meses de mayo y junio y 14 (78%) defunciones entre los meses de julio y agosto.

- Se han descartado 16 defunciones a Influenza A H1N1.
- Se confirmaron 18 defunciones por virus de la Influenza A H1N1
- Se confirmaron 4 defunciones por virus de la Influenza A.
- Se encuentran aún en estudio 2 defunciones.
- La tasa de letalidad de influenza en Jalisco es de 1.27
- La tasa de letalidad nacional es de 0.87%

**Fuente:** Departamento de Epidemiología.

El mayor porcentaje de las defunciones 11 ( 39%) están distribuidas en la Zona Metropolitana de Guadalajara, de ellos 5 (28% ) corresponde a Zapopan, 3 (17%) a Guadalajara, 2 (11%) a Tlaquepaque y con una defunción los municipios de Tonalá, Tequila, Chapala, Villa Corona, Lagos de Moreno y Puerto Vallarta. Con lo anterior encontramos que la tasa de letalidad en la zona metropolitana de Guadalajara es de 0.6 y 1.4% en los municipios de Guadalajara y Zapopan respectivamente y de 2.01 y 2.4 en Tonalá y Tlaquepaque, mientras que en los municipios foráneos la letalidad es considerablemente mayor dado el número reducido de casos; Chapala registra la tasa más alta con 9% y Lagos de Moreno con 5%.

En cuanto al sexo, un 50% ocurrió en el sexo masculino y el otro 50% en sexo femenino; en cuando a la edad predomina el grupo que se encuentra entre los 21 y los 50 años de edad con un 79%, en los otros grupos, uno (5%) de ellos es menor de un año y dos (11%) de 10 años y uno más de 59 años.

El 50% (9) de los fallecidos fue atendido por primera vez en la medicina privada y el resto 9 (50%) fue atendido en instituciones públicas. Sin embargo, el 100% de las personas fallecidas permanecieron hospitalizadas en instituciones públicas en etapas terminales y a todos ellos se les tomó muestra de exudado faríngeo, logrando confirmar el total de las defunciones ocurridas hasta la fecha.

En cuanto al inicio del tratamiento, es importante señalar que de las 18 personas fallecidas, en la primera consulta solamente 6 (33%) de ellos recibieron el tratamiento específico (oseltamivir), a 12 (67%) de los 18 se les administró el tratamiento mencionado hasta la segunda consulta. Así mismo se identifica que en promedio transcurrieron 7.7 días para que se les administrara el tratamiento específico con el antiviral. Este último resulta ser un factor importante para la evolución desfavorable de los casos, con los resultados fatales que ya observamos.

## 2) Capacidad de respuesta médica y comunitaria

Infraestructura hospitalaria para población abierta y derechohabientes del Régimen de Protección Social en Salud:

- 10 Hospitales Regionales (Lagos de Moreno, Tepatitlán de Morelos, Yahualica de González Gallo, La Barca, Ciudad Guzmán, Autlán de Navarro, Puerto Vallarta, Ameca, Cocula, Magdalena).
- 13 Hospitales Comunitarios (Colotlán, Huejuquilla, Ojuelos de Jalisco, Encarnación de Díaz, Teocaltiche, Atotonilco, Sayula, Tamazula, Cihuatlán, La Huerta, El Grullo, Mascota, Tomatlán).
- 6 Unidades de Atención Obstétrica y Neonatal (4 de ellos en el Interior del Estado: Zapotlanejo, San Juan de los Lagos, San Miguel El Alto y Tala Jalisco, y 2 Metropolitanos: Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” y Unidad Especializada de Atención Obstétrica y Neonatal).
- 2 Hospitales Generales Metropolitanos: Hospital General de Occidente y Hospital General de Zapopan (éste último opera sólo Urgencias y Consulta Externa por encontrarse en remodelación).
- 5 Institutos Metropolitanos de Atención Especializada (Tercer Nivel): Instituto de Cirugía Reconstructiva de Jalisco, Instituto Dermatológico de Jalisco, Centro de



Atención Integral en Salud Mental (Estancia Breve), Centro de Atención Integral en Salud Mental (Estancia Prolongada), Instituto de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos.

- 2 Hospitales Generales Metropolitanos de Tercer Nivel de Atención (Antiguo Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” y Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”).
- 582 Centros de Salud de los cuales son      urbanos y      rurales.

Personal Médico y equipamiento para atención de casos de influenza complicados: Médicos Generales 1244; Médicos especialistas 123 (18 intensivistas, 70 internistas, 9 infectólogos, 8 neumólogos, 18 epidemiólogos).

- Personal Enfermería disponible para atención de casos de influenza complicados: 2318 Enfermeras Generales.
- Personal Trabajo Social: 225 en los tres niveles de atención.
- Camas censables en UCI: 48 (20 de ellas para pacientes adultos y 28 para pediátricos).
- Camas censables en cuidados intermedios. 14
- Camas censables en Hospitalización: 2621.
- Se cuenta con 241 ventiladores que operan satisfactoriamente a nivel estatal.
- Monitores de Signos Vitales 289, Neonatales 57.
- Otros insumos esenciales para UCI:
- Bombas de infusión
- Tomas de oxígeno
- Aspiradores
- Nebulizadores

### 3) Problemática:

Técnicos:

- Se desconocen los casos confirmados y sospechosos de IMSS e ISSSTE ya que desde el 23 de mayo por indicaciones de sus instancias federales correspondientes cada institución reportan sus casos en sus propios sistemas de información y no en la plataforma única.

Administrativos:

- Saturación de camas en UCI.
- Insuficiencia de Ventiladores automáticos de pediátricos y adultos.
- Saturación de Hospitales de 2do. y 3er nivel.
- Carencia de especialistas en turno nocturno y jornada acumulada.

Rectoría:

- IMSS e ISSSTE no realizan notificación de los casos en la plataforma única.

### III. Componentes:

#### Componente de Coordinación y Logística

#### Activación de Comités Estatales de Seguridad en Salud

El Comité para la Seguridad en Salud es una instancia encargada del análisis, definición, coordinación, seguimiento y evaluación de las estrategias y acciones, de las instituciones del Sistema Estatal de Salud con el objeto de contribuir a establecer un blindaje de atención y prevención, así como los instrumentos capaces de abordar rápida, ordenada y eficazmente en urgencias epidemiológicas y desastres.

Objetivo	Acciones sustantivas	Metas	Indicadores	Responsables
Establecer mecanismos para la adecuada coordinación de las dependencias, organismos, sectores y recursos que intervienen en las acciones de atención durante la pandemia de influenza AH1N1	Coordinar las acciones de preparación y respuesta estatal.	4 reuniones ordinarias trimestrales .	No. de reuniones realizadas/ No. de reuniones programadas	Integrantes del Comité Estatal de Seguridad en Salud.
	Evaluar las estrategias y acciones para mitigar la diseminación.	Sesiones extraordinarias a partir del alertamiento	Acuerdos emitidos en las reuniones.	
	Fomentar la coordinación entre las diversas instituciones para estandarizar acciones.			

#### Directorio de funcionarios estratégicos y asociaciones médicas y de la sociedad civil.

Con el fin de mantener comunicación permanente, entre el nivel estatal y jurisdiccional, en cualquiera momento se deberá elaborar un directorio de puntos de enlace, disponibles las 24 horas del día los 365 días del año. Este directorio se actualizará trimestralmente por personal del Departamento de Epidemiología.

Objetivo	Acciones sustantivas	Metas	Indicadores	Responsables
Elaborar un directorio del personal responsable, que contenga domicilio, teléfono, correo electrónico y algún otro medio de localización con el que se cuente.	Establecer comunicación y manejo de información vía personal, telefónica, fax, correo electrónico.	1 directorio de puntos de enlace actualizado trimestralmente	No de actualizaciones realizadas / programadas.	Departamento de Epidemiología

### Activación de mecanismos de comunicación

La información de las actividades realizadas por cada una de las Instituciones del Sector Salud y de las Regiones Sanitarias, se llevará a cabo de acuerdo mediante la notificación al interior del CESS, para así transformar y orientar las decisiones y acciones que permitan atender con eficiencia y rapidez, en cualquier momento en que se presente una situación de crisis, que ponga en riesgo la Seguridad de la Salud de la población.

Las Regiones Sanitarias a través del Comité Regional de Seguridad en Salud (CRSS) activarán un Puesto Central el cual deberá instalarse en un lugar estratégico con accesibilidad, comunicación y seguridad en cada jurisdicción sanitaria.

Objetivo	Acciones sustantivas	Metas	Indicadores	Responsables
Estrechar y eficientar la comunicación en todos los niveles.	Establecer comunicación y manejo de información entre el comité estatal y regional.	1 CESS y 13 CRSS activados	No. de CESS y CRSS activados/ programados	Integrantes del Comité Estatal de Seguridad en Salud.



### **Componente de Vigilancia epidemiológica y Laboratorio.**

En México como en Jalisco, la vigilancia epidemiológica de influenza en la actualidad, forma parte de los Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica y es considerada como la piedra angular entre las estrategias planteadas en el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia. Los objetivos de la Vigilancia Epidemiológica y Viroológica Actual de la Influenza son:

1. Establecer un diagnóstico situacional sobre la Influenza en el estado.
2. Detectar oportunamente casos sospechosos de influenza con neumonía grave, comorbilidad y/o complicaciones, así como, manejar a todos los pacientes sospechosos con la mayor calidad posible.
3. Evitar muertes por esta causa.
4. Administrar los insumos y recursos para la adecuada atención de los pacientes de manera efectiva y eficaz.

Para lograr dichos objetivos es necesaria la notificación oportuna de los casos y en relación a ello, desde el inicio del sistema de vigilancia epidemiológica el año 2004, hasta mediados de abril del presente año, en el país fue creado para la captura de casos, un sistema especial basado en archivo electrónico de formato Excel denominado SISVEFLU/ NOM-017-SSA2; sin embargo, al inicio de la pandemia, surgió la necesidad de crear un sistema ágil, práctico, válido y preciso, lo que generó la integración del estudio epidemiológico de caso de influenza a la Plataforma Única del SINAVE.

Este sistema de notificación fue difundido en Jalisco al interior de todo el Sector Salud, logrando unificar criterios en la captura y análisis de información necesaria para la toma de decisiones eficientes y oportunas.

Otra parte importante del sistema de vigilancia es El Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED), que permite la vigilancia epidemiológica activa de las mismas a través de la detección y estudio de las causas de muerte de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. Asimismo, tiene entre sus propósitos la ratificación y rectificación de las causas registradas en el Certificado de Defunción, lo que permite contar con registros oportunos y precisos de la mortalidad regional y nacional.

### **Unidades Centinela y criterios de muestreo**

En Jalisco se inició el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza en Octubre del año 2004 con la creación de una Unidad Centinela de Influenza en la Localidad de Lázaro Cárdenas, perteneciente al Municipio de Guadalajara. Posteriormente, en el año 2008 se extendió la vigilancia en todo el estado con la creación de 16 Unidades Centinela o Unidades Monitoras de Influenza (USMI), cuyos responsables fueron capacitados para el estudio y manejo de pacientes sospechosos y confirmados de influenza, como se describe en el siguiente cuadro.

### Unidades de monitoreo de influenza en el estado, 2009

R. S.	UNIDAD	RESPONSABLES
I	H.P.C. COLOTLÁN	DR. JOSÉ FABIÁN GLEZ. ORTEGA Y DR. LUIS ADRIAN DÍAZ RUBIO
II	H.C. SAN JUAN DE LOS LAGOS	DR. EMANUEL BONILLA Y DR. CÉSAR REYES.
III	C.S. TEPATITLÁN	DR. FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ CERVANTES.
IV	H.P.C. ATOTONILCO	DRA. MA. JUANA OLIVA ACEVES
V	H.C. TAMAZULA	DRA. ALMA MIREYA RODRÍGUEZ AGUILAR
VI	H.C. SAYULA	DR. JOSÉ FAJARDO RAMÍREZ.
VII	C.S. AUTLÁN	DR. VICTOR MANUEL POZOS JIMÉNEZ.
VIII	H.R. PUERTO VALLARTA	DR. SALVADOR SEGURA IBARRA
IX	C. S. AMECA	DR. JOSÉ REFUGIO VELÁZQUEZ ZEPEDA
X	C. S. ZAPOPAN NORTE II	DR. PEDRO RENTERÍA MEZA
XI	C. S. TONALÁ	DRA. CLAUDIA MÓNICA ZARAGOZA DELGADILLO
XII	C.S. SANTA ANITA	DR. MÁXIMO CONTRERAS HERNÁNDEZ
XIII	C. S. LÁZARO CÁRDENAS	DR. FERNANDO PRIEGO FIGUEROA.
	HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE	DR. DAVID ENRIQUE DÍAZ SANTANA
	HOSPITAL CIVIL "FRAY ANTONIO ALCALDE"	DR. ESTEBAN GONZÁLEZ
	HOSPITAL CIVIL JUAN I MENCHACA	DR. FRANCISCO NÁPOLE RODRÍGUEZ

Actualmente y como respuesta a la actual pandemia en Jalisco se realizan tres tipos de Vigilancia Epidemiológica que incluyen todo el Sector Salud: a) Vigilancia Sindromática (VS) y b) Vigilancia Centinela (VC) y c) Estudio de Brotes.

- a) La VS: se realiza en todas las Unidades de Salud, excepto en las Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI). Se refiere a que todos los casos sospechosos de Influenza, son tratados oportunamente con antiviral (oseltamivir a dosis convencionales). Además, se identifican tempranamente los casos graves, con comorbilidad y/o complicaciones mediante la aplicación eficaz del Triage.

En todas las unidades de salud (excepto USMI), todos los casos ambulatorios son tratados y manejados con diagnóstico clínico sin toma de muestra de laboratorio; es decir, el diagnóstico se establecerá clínicamente, sólo se toma muestra para laboratorio a todos los casos hospitalizados graves.

La vigilancia epidemiológica con identificación de brotes se realiza mediante el análisis semanal de los canales endémicos sobre casos incidentes de IRAs o Influenza en SUIVE.

- b) La VC: se realiza en las USMI se refiere a que todos los casos sospechosos deben ser tratados oportunamente con antiviral (oseltamivir a dosis convencionales); y se toma muestra de exudado faríngeo y nasofaríngeo a 1 de cada 3 casos sospechosos ambulatorios (30%, se recomienda la primera consulta de tres) y a todos los casos hospitalizados graves o con diagnóstico de neumonía (100%), la muestra es de exudado faríngeo o nasofaríngeo o de aspirado broncoalveolar con las características antes mencionadas. Todos los casos son capturados de inmediato en la Plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)/Influenza, los casos asociados a neumonía son manejados durante 10 días de tratamiento. En los casos de neumonía grave se administra la dosis del antiviral es el doble de lo establecido de acuerdo a la edad y al peso y es fraccionada cada 6 horas, con una duración de 10 días.
- c) El estudio de Brotes, se realizará únicamente cuando estos se presenten en áreas cerradas, ejemplo: guarderías, cárceles, escuelas, etc, y se tomará muestra al 30% de los casos sospechosos.

Las muestra de exudado faríngeo o nasofaríngeo se realiza dentro de las primeras 72 horas de haber iniciado el cuadro clínico, el lavado broncoalveolar se realiza dentro de los primeros 5 días y la toma de biopsia pulmonar en caso de fallecimiento se realiza de inmediato; estas muestras se envían de la unidad médica al Laboratorio Estatal de Salud Pública dentro de las primeras 24 a 48 horas de haberse tomado y la responsabilidad de la logística de la toma, manejo y envío de la muestra es de la Región Sanitaria responsable del área donde se presentó el caso.

### **Manual de procedimientos para la notificación de casos**

Para lograr los objetivos de la Vigilancia Epidemiológica de la influenza en el estado, en necesaria la notificación oportuna de los casos sospechosos; para ello, se cuenta con una serie de normas y manuales que establecen procesos obligatorios y eficaces para la notificación y son: la Norma NOM-017 para la Vigilancia Epidemiológica, el Plan Nacional de Respuesta ante la Pandemia de Influenza, el Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza Estacional SISVEFLU y el Manual para la Vigilancia Epidemiológica y de laboratorio, ambos en la versión de junio 2006 y formato pdf y actuales Lineamientos Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Influenza, publicados en agosto de 2009.

Cabe mencionar que desde el punto de vista de definición operacional, todos los casos estudiados en el país y en Jalisco, fueron abordados inicialmente con la siguiente definición operacional: Cualquier persona que presente inicio súbito con: fiebre, postración, tos seca y rinorrea, así como uno o más de los siguientes signos y síntomas: coriza, artralgias, mialgias, cefalea, Odinofagia, dolor torácico, dolor abdominal y/o Congestión nasal.

Posteriormente en el año 2007, esta definición fue modificada por: Cualquier persona que presente inicio súbito con: fiebre, cefalea, tos seca y rinorrea, además de uno o más de

los siguientes signos y síntomas: coriza, artralgias, mialgias, postración, odinofagia, dolor torácico, dolor abdominal y/o congestión nasal.

Esta última definición operacional fue utilizada hasta antes del 16 de abril, en que se emitió la alerta epidemiológica de la actual pandemia H1N1 influenza humana de origen porcina, cuyos primeros casos se presentaron a mediados de marzo del presente año en el país. Posteriormente, a partir de la alerta epidemiológica, se publicaron cerca de 6 modificaciones a los lineamientos sobre la definición operacional de caso sospechoso y probable de influenza, para finalmente, definir como caso a estudiar a todas personal que presente: Fiebre, Cefalea y Tos.

### **Indicadores de Funcionalidad**

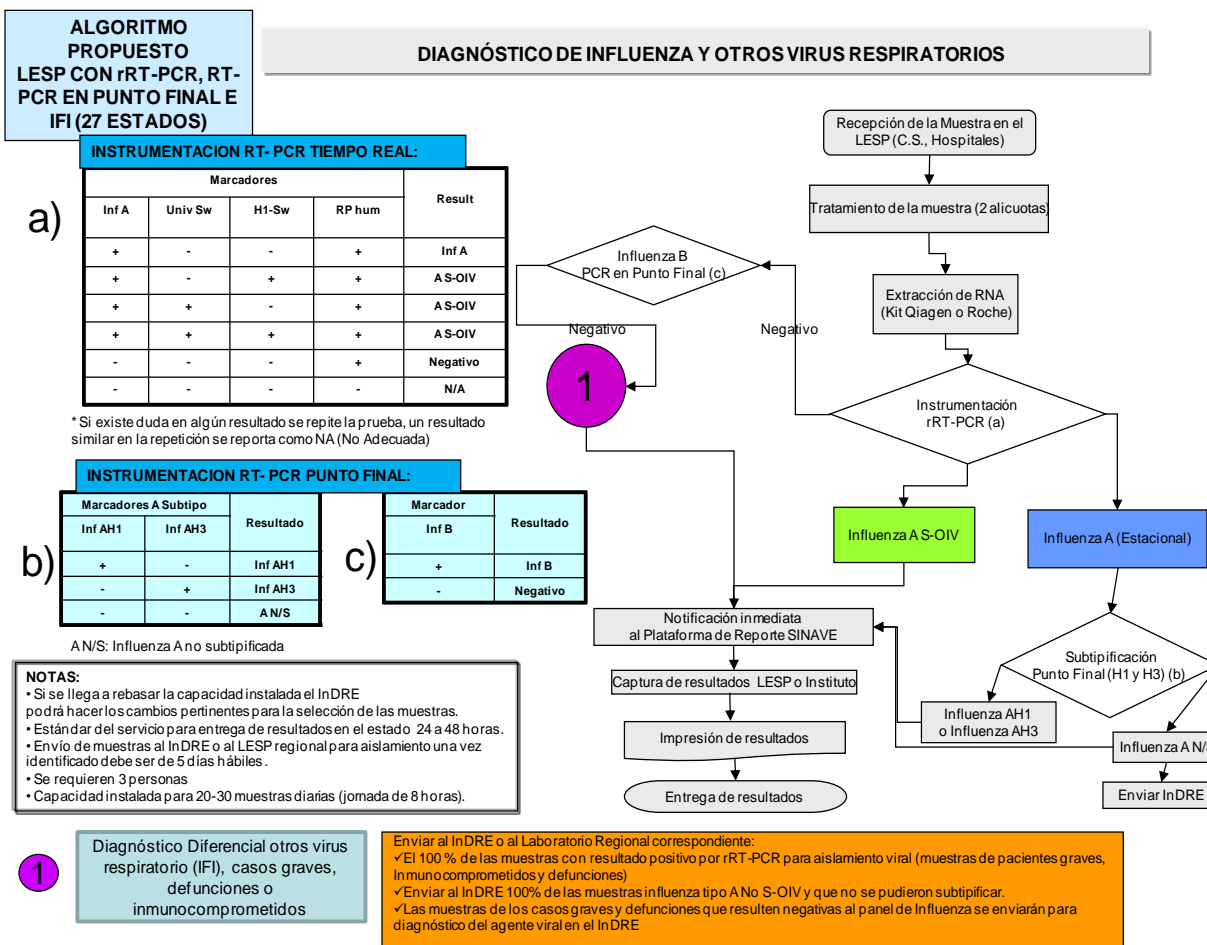
Los indicadores de funcionalidad del sistema de Vigilancia Epidemiológica inicialmente se basaron en e Indicadores federales de Caminando a la Excelencia que evaluaba un total de cinco indicadores; sin embargo y como respuesta a la pandemia, los indicadores de funcionalidad estuvieron determinados por la tasa de incidencia, de transmisibilidad, de complicaciones, de hospitalización y de letalidad, que originaron la difusión de múltiples boletines de prensa, 1 boletín epidemiológico y la publicación del diagnóstico situacional en el estado en el boletín estatal de morbilidad semanal, así como en la página de la SSJ. (VER MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA).

### **TOMA MUESTRAS CLINICAS**

Antes de tomar las muestras es indispensable llenar con los datos que se solicitan el formato de solicitud de laboratorio (*SISVEFLU*).

El éxito del diagnóstico virológico depende principalmente de la calidad de la muestra, de las condiciones de su transporte y del almacenamiento de la muestra antes de procesarla en el laboratorio. (PARA INDICADORES Y METAS VER MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL LABORATORIO)

## Indicadores de Funcionalidad/Red Nacional de Laboratorio



## Directorio del Laboratorio Estatal de Salud Pública:

Nombre	Teléfono LESP	Celular
M en Q.C. Robertina Marín Buriel	(33) 3633 9636	3334978662
Dr. Biol.. Molecular Ivan Isidro Hernández Cañaveral	(33) 3633 9565	3310303987
Q.F.B. Ernestina Quintero Salgado	(33) 3633 9565	3337237355

## Componente de Atención Médica ambulatoria y hospitalaria.

Se estableció área de Triage en Urgencias de todas las Unidades Hospitalarias (dentro de área de Urgencias, separado del resto de pacientes que acude con otros motivos de atención, para evitar el contacto de estos pacientes con el resto de la población usuaria) con aplicación de semaforización para calificar los casos y establecer que pacientes serán atendidos en la propia Unidad y cuales requerirán referencia a Unidad de mayor complejidad.

Se garantizará que las Unidades de Salud lleven a cabo la reconversión de sus espacios físicos para atención de urgencias y hospitalización de éstos pacientes y dispongan de los



insumos médicos y equipamiento necesarios para brindar la atención. Se ha realizado un diagnóstico situacional de insumos médicos y equipamiento por niveles de atención.

Desde el inicio de la pandemia, se ha brindando información y capacitación para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad la cual deberá ser continua en todas las Unidades de Salud. Se están aplicando las Guías de diagnóstico y tratamiento emitidas por la Secretaría de Salud Federal para atención de casos de influenza.

Se establecen guías y mecanismos de supervisión, ya que actualmente se han realizado supervisiones para evaluar la efectividad de los filtros sanitarios al ingreso de cada establecimiento y áreas de triage en las Unidades Asistenciales (Primero, Segundo y Tercer Nivel) emitiendo reportes y recomendaciones para mejorar el funcionamiento y registro de las actividades realizadas.

Se inició la intensificación de la operación de los comités técnico médicos de detección y control de infecciones nosocomiales, así como el Comité de Seguridad y Atención Médica en casos de emergencias y desastres, con el Subcomité Hospitalario para atención de pandemia de influenza humana, realizando seguimiento de casos de cada Unidad Médica, concentrando ésta información a nivel central Estatal y así tener una visión macro del comportamiento de la pandemia así como de la efectividad de las acciones tomadas y en su caso tomar las medidas pertinentes.

Se vigilará la aplicación de las recomendaciones de manejo de pacientes, así como de sus contactos; vigilando además el cumplimiento de la normatividad aplicable (ejemplo: clasificación y manejo intrahospitalario de los residuos peligrosos biológico infecciosos).

Se realizara la aplicación de vacuna para protección al personal de salud involucrado en la atención de pacientes.

#### **Objetivos – Acciones Sustantivas:**

1. Detección de enfermedad en fase temprana.
2. Tratamiento oportuno de los casos sospechosos.
3. Referencia de pacientes con patología agregada y/o complicados a nivel de atención superior (2° o 3er. Nivel según el caso).

#### **Metas cuantificables:**

1. Establecimiento de filtro en 100% de las Unidades de Salud.
2. Se realizará el registro de 100% de casos detectados en los filtros, así como en las áreas de Triage de todas las Unidades de Atención Médica.
3. Se proporcionará tratamiento oportuno al 100% de casos sospechosos.
4. Se realizará estudio laboratorio al 33% de los casos sospechosos.
5. Se realizará aislamiento al 100% de los pacientes hospitalizados con cuadro complicado.
6. Se realizará notificación del 100% de los casos al nivel jerárquico correspondiente.

### **Reserva estratégica y vacunación.**

Se cuenta con la cadena de frío en óptimas condiciones y con la capacidad necesaria para guardar la vacuna programada de antiinfluenza estacional y la A/H1N1.

La cadena de frío permitirá que todas las unidades de salud cuenten con la vacuna antiinfluenza estacional a partir del mes de octubre 2009 en cuanto COFEPRIS libere el producto.

Se contará con la contratación de 576 brigadistas que apoyarán la aplicación de vacunas en campo.

Apegado al calendario de distribución que CeNSIA elaboró, entregará en el mes de Octubre 580,820 dosis de vacuna antiinfluenza estacional, para los grupos vulnerables: niños de 6 a 35 meses, niños de 3 a 9 meses con factores de riesgo, adultos mayores de 60 años, adultos de 50 a 59 años con factores de riesgo como diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, enfermedades crónicas.

En relación a la vacuna antiinfluenza A/H1N1 se recibirán 488,298 vacunas en el mes de diciembre de 2009, las estrategias deberán ser definidas por la federación quienes seleccionarán uno de los 3 objetivos de la OMS como la estrategia de aplicación: 1. Preservar el Sistema de Salud, 2. Reducir la Morbi-Mortalidad y 3. Reducir la transmisión del virus.

La población blanco para la aplicación de vacuna antiinfluenza A/H1N1 será:

- Personal de Salud en hospitales y unidades de salud
- Mujeres embarazadas, niños de 6 a 23 meses
- Población de riesgo de 24 meses a 64 años (Enf Crónico degenerativas, Cáncer etc.).

El registro de dosis aplicadas será en los formatos de concentrado intermedio (anexo1) de avances de dosis aplicadas, mensualmente y en informe final al 30 de marzo del 2010.

El programa de vacunación universal en fases intensivas incluyó desde octubre de 2004 en la 3ra. Semana Nacional de Salud la aplicación de vacuna contra la influenza estacional en lactantes de 6 a 23 meses y en adultos mayores de 65 años. En el 2006 se extendió la vacunación a niños de 3 a 9 años y adultos de 50 a 64 años con factores de riesgo.

La composición de la vacuna antiinfluenza estacional 2009/2010 tiene las cepas A/Brisbane/59/2007 (AH1N1), A/Brisbane/10/2007 (A/H2N3) y B/Brisbane/60/2008 (Virus B).

Para la aplicación de Vacuna antiinfluenza A H1N1 para México tendrá como grupo blanco los niños de 6 a 23 meses de edad, mujeres embarazadas y lactando, Personal de salud en hospitales y unidades de salud y población de riesgo de 24 meses a 64 años. (VER MATRIZ DE PROGRAMACIÓN VACUNACIÓN).

## Componentes de Vinculación Social y Atención Ciudadana y Promoción de la Salud.

Con respecto a la atención ciudadana, es importante considerar a los grupos de la sociedad civil organizada, para permitir una mayor vinculación con los diferentes grupos poblacionales, con el propósito de generar diálogos que generen un sentido de corresponsabilidad para incluirlos en la toma de decisiones, proporcionando información clara, completa, suficiente que les brinde certidumbre sobre las acciones a seguir para la protección de su salud. En especial fortalecer la vinculación con el sector educativo.

Objetivo general	Acciones sustantivas	Metas	Indicadores	Unidades Responsables
Contribuir a la mitigación de la pandemia de influenza a través de acciones sinérgicas de promoción de la salud, epidemiología y de comunicación de riesgos.	Identificar las áreas de riesgo para focalizar las acciones preventivas.	Actualización semanal del Índice de Estratificación Poblacional del 15 de septiembre del 2009 al 15 de marzo del 2010.	No. de semanas con Estratificación áreas de riesgo (IEP)/Total de semanas programadasX100.	Dr. Juan Manuel Aragón Morales. Director de Participación Social. Tel 33.30.30.50.43
	Difusión de mensajes claves para el manejo adecuado de los determinantes personales y sociales y fortalecimiento del Call Center.	1 Campaña de medios del 1 de noviembre del 2009 al 31 de enero del 2010.	No. de Semanas con difusión masiva de mensajes claves para el adecuado manejo de los determinantes personales y sociales para la Influenza H1N1/Total de semanas programadasX100.	
	Orientación en determinantes sociales y personales para la Influenza A H1N1 en consulta externa y talleres comunitarios a través de los grupos sociales de los diferentes sectores.	Realizar el 100% de los talleres comunitarios y cubrir el 100% de los grupos registrados, pertenecientes a los diferentes sectores.	No. de Talleres Comunitarios Realizados/No. De Talleres Comunitarios Programados X100.	
	Establecer acciones preventivas en los centros educativos, instalación de filtros escolares y notificación de casos probables	Participación del 100% de los planteles educativos en las acciones de prevención.	No. de Planteles Educativos con acciones preventivas según Estratificación/Total de Planteles Educativos en el EstadoX100.	

	Incorporar al Presidente de la Red Estatal de Municipios por la Salud al Comité Estatal de Seguridad en Salud.	Participación en el 100% de las reuniones del Comité Estatal de Seguridad en Salud e incluir el análisis de la situación de la pandemia y las medidas preventivas por parte de los 125 municipios que conforman el Estado.	No. de Reuniones del Comité Estatal de Seguridad en Salud con la participación del Presidente de la Red de Municipios por la Salud/Total de Reuniones del Comité Estatal de Seguridad en Salud programadasX100.	
	Atención y respuesta de las denuncias ciudadanas y retroalimentación de procesos.	Atención y respuesta del 100% de las denuncias ciudadanas recibidas a través de la Contraloría Social.	Total de Denuncias Ciudadanas atendidas/Total de Denuncias Ciudadanas recibidasX100.	

### Impresos y electrónicos

- Promocionales (Unidades de salud, brigadas, población general, escuelas)
- Filtros sanitarios, escolares, eventos especiales, sitios de reunión masiva

### Componente de Comunicación Social

En la implementación de este plan en la fase pandémica y contribuir a su éxito, se requiere crear un clima de tranquilidad, participación y responsabilidad social frente a un contexto en el que puede dominar la incertidumbre ante esta próxima temporada invernal en donde la confianza de que las medidas preventivas son altamente efectivas adquieren una mayor relevancia.

### Objetivo General:

Informar y orientar a la población acerca de los riesgos para la salud a los que está expuesta y la forma de reducirlos, a través de la participación de expertos que transmiten información obtenida de técnicos y científicos a la comunidad, utilizando los diferentes canales de comunicación para lograr que la población responda de manera eficaz y oportuna, contrarrestando así su exposición.

### Acciones sustantivas:

- Análisis de percepción y conocimiento del riesgo en los grupos blanco.
- Recepción de las necesidades de información de la población.
- Alertar para la acción en lugar de alarmar.
- Cubrir y generar las demandas de entrevistas y ruedas de prensa.
- Generar boletines de prensa.
- Difusión de mensajes claves para el manejo adecuado de los determinantes personales y sociales y contribuir al fortalecimiento del Call Center 01800saludjal



(0180072583525) y correo electrónico [prevencioninfluenza@jalisco.gob.mx](mailto:prevencioninfluenza@jalisco.gob.mx)

- Establecer el plan de medios y la designación capacitación de voceros oficiales.

**Metas:**

- Realizar tres estudios de percepción de riesgos.
- Cubrir el 100% de entrevistas solicitadas.
- Cubrir el 100% de las semanas de septiembre del 2009 a marzo del 2010, con la generación de por lo menos de 1 a 2 ruedas de prensa, según situación epidemiológica.
- 1 Campaña de medios del 1 de noviembre del 2009 al 31 de enero del 2010.

**Indicadores:**

- Estudios de percepción programados/estudios de percepción realizados X100
- Total de entrevistas realizadas/total de entrevistas solicitadas X100
- Total de ruedas de prensa realizadas/total de entrevistas programadas X100
- No. de semanas con difusión masiva de mensajes claves para el adecuado manejo de los determinantes personales y sociales para la Influenza H1N1/total de semanas programadas X100.

**Unidades Responsables:**

Lic. Paola Lizarraga Salas. Directora de Comunicación. Tel: 3030 5000 Ext. 5133. Dr. Juan Manuel Aragón Morales. Director de Participación Social. Tel. 33 3030 50 00 ext.5043.

**IV. Organización y Logística:**

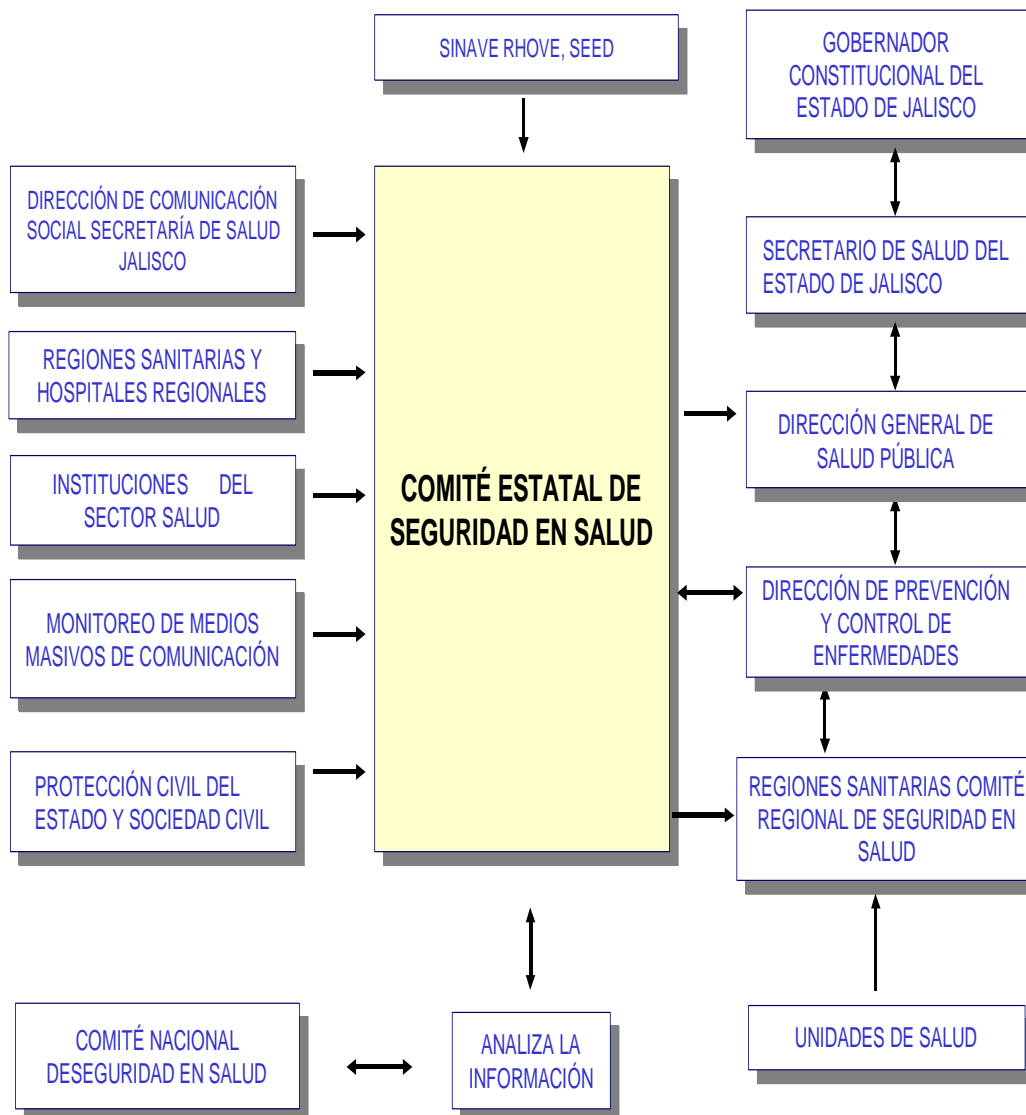
En nuestra entidad el día 30 de Enero del 2004, se creó el Comité Estatal para la Seguridad en Salud (CESS).

El CESS es una instancia encargada del análisis, definición, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias y acciones en materia de seguridad en salud del Estado.

Este comité se encuentra integrado por el Secretario de Salud, quien lo preside; por el Director General de Salud Pública quien es el Vicepresidente, por el Director de Prevención y Control de Enfermedades quién funge como Secretario Técnico, el Jefe del Departamento Estatal de Epidemiología como Secretario Auxiliar, se integran a este los Directores Generales y Jefes de Departamento, todos ellos de la Secretaría; además de representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”, Hospital Civil “Juan I. Menchaca”, Hospital General de Occidente, Universidad de Guadalajara, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Jalisco, Secretaría de la Defensa Nacional, Unidad Estatal de Protección Civil.

El comité cuenta con los siguientes sub.-comités técnicos: brotes por enfermedades infecciosas y emergentes, urgencias y desastres hospitalarios, desastres naturales, bioterrorismo, brotes por exposición a otros agentes y por último el sub-comité de seguimiento y evaluación.





## V. Recursos e insumos de operación:

- 1) Insumos de higiene personal
- 2) Equipo de protección
- 3) Diagnóstico clínico y de laboratorio
- 4) Equipamiento médico y material de curación (VER ARCHIVO DE INFORMACIÓN BASICA).

### Recursos disponible para atención de casos de influenza complicados

Jurisdicción Sanitaria/ Hospitales	Ventiladores	Monitores	Gasometría	Cascadas para ventiladores	Bombas de infusión	Esferos cerrados de	Nebulizadores	Piezas en Y	Espaciadores	Sistemas pasivos de humidificación	Guías para entubación endotraqueal	Llaves de 3 vías	Trampas de Muller	Cistoflow con válvulas antireflujo
<b>Total</b>	299	299	11	0	3	0	43	0	0	0	42	0	0	0

\* La desagregación se podrá hacer para algunos municipios de alta demanda hospitalaria y Unidades Hospitalarias Estatales o Regionales. La desagregación mínima para el nivel Federal es por Jurisdicción Sanitaria.

\*\* Considera equipamiento adscrito a UCI y aquellos que puede suplir las funciones de este recurso ante su inexistencia o ante el incremento de la demanda.

/H Corresponde a Unidades de referencia seleccionadas para concentración de pacientes graves que requieren apoyo especial.

### Recursos faltante para atención de casos de influenza complicados

Jurisdicción Sanitaria	Ventiladores	Monitores	Gasometría	Cascadas para ventiladores	Bombas de infusión	Esferos cerrados de	Nebulizadores	Piezas en Y	Espaciadores	Sistemas pasivos de humidificación	Guías para entubación endotraqueal	Llaves de 3 vías	Trampas de Muller	Cistoflow con válvulas antireflujo
<b>Total</b>	14	17	102	15	0	17	10	67	100	42	23	150	60	45

\* La desagregación se podrá hacer para algunos municipios de alta demanda hospitalaria y Unidades Hospitalarias Estatales o Regionales. La desagregación mínima para el nivel Federal es por Jurisdicción Sanitaria.

\*\* Considera equipamiento adscrito a UCI y aquellos que puede suplir las funciones de este recurso ante su inexistencia o ante el incremento de la demanda.

/H Corresponde a Unidades de referencia seleccionadas para concentración de pacientes graves que requieren apoyo especial.

5) Tecnologías informáticas

6) Promocionales:

Producto	Disponibles	Faltantes
Etiqueta 12.5X 20 cm vinyl (calcomonías)	0	100,000
Etiqueta 7.5X7.5cm	0	100,000
Etiqueta 10X10	0	100,000
Guía Médica para el manejo de casos.	3,500	3,500
Cartel T/4 s/c papel 200 grs. cartas 4 versiones	0	80,000
Cartel ParaBUS	300	600
Lona mts. (1000 lonas de 4 X3 Mts) incluir instalación ZM	0	12,000
Tríptico paciente	0	50,000
Tríptico personal de salud	0	30,000
Tríptico medidas preventivas	100,000	500,000
Material talleres comunitarios	0	2,000
1 Campaña de medios	1	2

7) Artículos de limpieza y saneamiento

8) Medicamentos, antivirales y vacunas.

INSUMOS	Disponibles	Faltantes
VACUNAS H1N1	0	600000
VACUNAS INFLUENZA ESTACIONAL	0	1'750,000

## VI. Supervisión y Control:

- Se cuenta con una Dirección de área Supervisión y Asesoría así como el Departamento de Calidad para supervisión continua a las 13 Regiones Sanitarias, Centros de Salud y Hospitales, Comunitarios Regionales, y Metropolitanos.
- Se cuenta con una Dirección de área Dirección de Regulación de la atención médica para la supervisión de la atención hospitalaria de Hospitales Regionales, Metropolitanos e Institutos.
- Se realizan visitas de supervisión y asesoría en las unidades, verificando autorizaciones sanitarias, existencia y funcionamiento de comités técnico-médicos con la realización de minutas y las reuniones de cuerpo de gobierno con seguimiento de asuntos. Se verifican en campo los procesos de atención de pacientes, así como el cumplimiento de normas oficiales mexicanas en tales procesos (expediente clínico, manejo intrahospitalario de residuos peligrosos, biológico-infecciosos, etc.)

## VII. Productos Esperados:

- Mantener una organización y coordinación eficiente en el sector salud y las diferentes dependencias del gobierno del estado, así como el sector privado.
- Contar con planes actualizados para la atención integrada de brotes y presencia de casos
- Disponer de infraestructura e insumos básicos para la atención médica y comunitaria con oportunidad
- Estandarizar mensajes promocionales y plan de medios para informar a la población y medios de comunicación
- Contar con personal capacitado en los tres niveles de atención, el cual ya se realizó y se continuara con actualizaciones virtuales.
- Garantizar la calidad de la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio oportuno con RT-PCR-TIEMPO REAL con el que ya cuenta el Estado.
- Establecer una red social de participación ciudadana y municipal con movilización de recursos a través de la RED JALISCIENSE DE MUNICIPIOS POR LA SALUD.
- Disponer de información integrada para la rendición de cuentas y seguimiento del gasto.

## VII. Productos Esperados:

- Mantener una organización y coordinación eficiente en el sector salud y las diferentes dependencias del gobierno del estado, así como el sector privado.
- Contar con planes actualizados para la atención integrada de brotes y presencia de casos
- Disponer de infraestructura e insumos básicos para la atención médica y comunitaria con oportunidad
- Estandarizar mensajes promocionales y plan de medios para informar a la población y medios de comunicación
- Contar con personal capacitado en los tres niveles de atención, el cual ya se realizó y se continuara con actualizaciones virtuales.

- Garantizar la calidad de la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio oportuno con RT-PCR-TIEMPO REAL con el que ya cuenta el Estado.
- Establecer una red social de participación ciudadana y municipal con movilización de recursos a través del la RED JALISCIENSE DE MUNICIPOS POR LA SALUD.
- Disponer de información integrada para la rendición de cuentas y seguimiento del gasto.



VIII. ANEXOS:

Medias de Prevención y Auto-cuidado de la Salud



# Lávate las manos y evita la Influenza

**Lávate las manos frecuentemente con agua y jabón.**

**Y conserva las precauciones al estornudar y toser.**

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

GOBIERNO FEDERAL

**SALUD**

*\*Si presentas fiebre alta, dolor de cabeza y tos, acude a recibir atención médica inmediata.*

Para mayores informes comunícate al teléfono 01 800 SALUD JAL (72583 525)  
Consulta la página: <http://informacioninfluenza.jalisco.gob.mx>  
o envía tus dudas y/o comentarios a: [prevencioninfluenza@jalisco.gob.mx](mailto:prevencioninfluenza@jalisco.gob.mx)

**Etiqueta en diversos tamaños para ubicar:** baños públicos, autobuses transporte público, puertas de refrigeradores, elevadores, cajeros automáticos, teléfonos públicos.

**Lonas o Carteles:** Cruceros, puentes, ingreso a establecimientos públicos y privados.

### ¿Sabes lavarte las manos?

- 1 Usa jabón, de preferencia líquido
- 2 Talla enérgicamente las palmas, el dorso y entre los dedos
- 3 Lávalas por lo menos 15 segundos sin olvidar la muñeca
- 4 Enjuaga completamente
- 5 Seca las manos con papel desechable
- 6 Cierra la llave del agua y abre la puerta del baño con el mismo papel

### ¡La salud está en tus manos!

**¡Evita contagiar a los demás!**

**Cubre tu boca** al toser o estornudar con un pañuelo

**¡Nunca con las manos!**

**o utiliza el ángulo del codo**

**Lava tus manos con agua y jabón**

### Uso correcto del cubreboca

1. Antes de colocarlo, lávate las manos correctamente.
2. Revisa cuál es el lado correcto (las costuras gruesas corresponden a la parte interna del cubreboca), ten mucho cuidado de no usarlo por el reverso. Si puedes marca con una pluma el reverso (puede ser en la parte superior derecha).
3. No dejes que entre en contacto con superficies que puedan estar contaminadas como son los muebles.
4. Pasa por tu cabeza las cintas elásticas y colócalo.
5. Es muy importante que tus manos no toquen la parte interna.
6. Ajústalo a tu cara, cubre completamente boca y nariz.
7. Mientras lo traigas puesto no lo toques. Si por cualquier razón lo llegaras a tocar, lávate las manos o límpialas con un gel que tenga base de alcohol.
8. El cubreboca no se comparte con nadie, es de uso personal.
9. Aún cuando utilices el cubreboca, debes de estornudar o toser tapándote la boca y nariz con un pañuelo o con el ángulo interno del codo.
- 10 Para comer o beber, debes quitarte el cubreboca



Ilustraciones tomadas de la publicación: PANDEMIA. Nuestras actividades son esenciales. PROTEJÁMONOS PARA PROTEGER A LOS DEMÁS. Veolia Environment

### Frecuencia y tipo de limpieza de superficies inertes:

Se deberá realizar una limpieza de superficies no porosas con agua y detergente y/o con una solución de cloro (**un litro de agua con 8 cucharaditas de cloro al 6%, que es el cloro comercial**) cada 4 horas

Acude a la Unidad de Salud más cercana a tu domicilio.  
Tel. Línea sin costo:  
01 800 SALUD JAL (72583 525)  
[www.jalisco.gob.mx](http://www.jalisco.gob.mx)  
<http://informacioninfluenza.jalisco.gob.mx>  
Correo: [prevencioninfluenza\\_jalisco@yahoo.com.mx](mailto:prevencioninfluenza_jalisco@yahoo.com.mx)

### Medidas Preventivas Influenza A,H1N1





IM-A-DA

SECTOR SALUD  
VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA 2008 - 2009  
INFORME ESTATAL DE AVANCE EN DOSIS APLICADAS

ENTIDAD FEDERATIVA:

FECHA:

E D A D	ESQUEMA	TOTAL SECTOR			SECRETARIA DE SALUD			IMSS OBLIGATORIO			IMSS OPORTUNIDADES			ISSSTE			OTROS			
		META EN DOSIS*	DOSIS APLICADAS**	AVANCE (%)	META EN DOSIS*	DOSIS APLICADAS**	AVANCE (%)	META EN DOSIS*	DOSIS APLICADAS**	AVANCE (%)	META EN DOSIS*	DOSIS APLICADAS**	AVANCE (%)	META EN DOSIS*	DOSIS APLICADAS**	AVANCE (%)	META EN DOSIS*	DOSIS APLICADAS**	AVANCE (%)	
6 - 11 MESES	1a	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
	2a	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
	SUBTOTAL	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	
12 - 23 MESES	1a	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
	2a	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
	Adicional	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
	SUBTOTAL	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	
24 - 35 MESES	1a	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
	2a	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
	Adicional	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
	SUBTOTAL	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	
6 A 35 MESES	1a	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	
	2a	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	
	Adicional	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	
	TOTAL	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	
R U P O S D E R I E S G	3 - 8 AÑOS	1a	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
		2a	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
		Adicional	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
		SUBTOTAL	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!
	9 AÑOS	Adicional	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
	10 - 19 AÑOS	Adicional	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
	20 - 49 AÑOS	Adicional	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
	TOTAL	1a	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!
		2a	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!
		Adicional	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!
		TOTAL	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!
50 - 59 AÑOS	Adicional	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
60 - 64 AÑOS	Adicional	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
65 AÑOS Y MÁS	Adicional	0	0	#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!	
60 Y MÁS	TOTAL	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	
TOTAL		0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	

OBSERVACIONES:


RESPONSABLE:

\* Anotar la meta global para el periodo invernal 2008-2009

\*\*Anotar las dosis aplicadas acumuladas desde del inicio de la vacunación antiinfluenza 2008-2009 hasta el cierre del mes que se informa.

Fecha de envío: A más tardar el día 10 de cada mes o el día hábil inmediato posterior, al correo electrónico [censia\\_influenza@salud.gob.mx](mailto:censia_influenza@salud.gob.mx)

## Guía de atención médica ambulatoria.



### MANEJO DE LOS CASOS DE INFLUENZA A H1N1

**DEFINICIÓN DE CASO** (sospechosos) de Influenza humana AH1N1:  
Persona de cualquier edad que presente fiebre, tos y catarrea.

Además de uno o más de los siguientes signos o síntomas:  
Rinorrea, congestión nasal, postnasal, odinofagia, dolor faríngeo, dificultad para respirar (leve a severa) y diarrea.

\* En menores de cinco años de edad, se considera como un signo cardinal la irritabilidad por más de 3 horas, en sustitución de la catarrea.  
\* En los mayores de 65 años la fiebre puede NO ser un signo cardinal.

**¿Qué hacer ante un caso sospechoso de Influenza AH1N1?**

1. Usar estudio epidemiológico de Influenza completo.
2. Informar al paciente sobre aislamiento intra-domiciliario, medidas de higiene, protección de contactos y datos de alarma (lavado constante de las manos o gel alcoholizado, uso de cubre-boca y permanecer dentro de su domicilio. No acudir al trabajo o escuela hasta el término del tratamiento).
3. Vigilancia estrecha del caso/cita al paciente en 24 hrs. para valoración clínica.
4. Identificar los contactos (intra y extradomiciliarios).
5. Tratamiento en la consulta a todo Caso Sospechoso (Dx. Clínico) así como a los contactos con OSELTAMIVIR - TAMIFLU.
6. Notificación inmediata a la Región Sanitaria (las primeras 24 horas a la atención del caso).
7. Referir al hospital más cercano si el paciente presenta cualquier dato de alarma.

**DATOS DE ALARMA**

**ADULTOS:**

- \* Dificultad para respirar
- \* Vómito o diarrea persistentes
- \* Trastornos del estado de conciencia
- \* Deterioro agudo de la función cardíaca
- \* Agravamiento de una enfermedad crónica.

**NIÑOS:**

- \* Fiebre alta y dificultad para respirar
- \* Aumento de la frecuencia respiratoria:
  - Menos de 11 meses: más de 38 respiraciones por minuto
  - Entre 1 y 5 años: más de 40 respiraciones por minuto
- \* Rechazo a la vía oral
- \* Irritabilidad y/o convulsiones
- \* Trastornos del estado de conciencia.

TIPO DE PACIENTE	REFERENCIA	TRATAMIENTO
Sano, sin sintomatología respiratoria.	Domicilio.	Medidas de control de infecciones.
Sintomatología respiratoria no compatible con Influenza.	Domicilio.	Sintomático y control de infecciones.
Caso sospechoso de Influenza por definición operacional, sin enfermedad crónica agudizada.	Aislamiento domiciliario estricto.	Osetamivir, sintomático y control de infecciones.
Caso sospechoso de Influenza por definición operacional, con enfermedad crónica controlada, sin complicaciones pulmonares.	Unidad médica hospitalaria con aislamiento estricto.	Sintomático y osetamivir.
Caso sospechoso de Influenza por definición operacional, con enfermedad crónica descompensada y/o complicaciones pulmonares.	Unidad médica hospitalaria con aislamiento estricto.	Compensación de enfermedad crónica y complicaciones y osetamivir.

**TRATAMIENTO**

\* Para personas o niños que no puedan ingerir cápsulas, disolver el contenido de una cápsula en 5 ml de jugo o agua azucarada y administrarlo de acuerdo a las siguientes tablas (mezclar hasta que no se observen residuos de polvo. Desear el sobrante).

**Niños mayores de 1 año:**

Peso corporal	Dosis mínima
Menor o igual a 15 kg	30mg 2 veces al día, por 5 días (*2 ml)
Más de 15 kg y hasta 23 kg	45 mg 2 veces al día, por 5 días (*3 ml)
Más de 23 kg y hasta 40 kg	60mg 2 veces al día, por 5 días (*4 ml)
Más de 40 kg y/o adultos	Dar la cápsula de 75 mg cada 12 hrs.

**PREVENCIÓN POST-EXPOSICIÓN**

Sólo bajo prescripción médica en contactos de alto riesgo.

Peso corporal	Dosis mínima
Menor o igual a 15 kg	30mg 1 vez al día, por 10 días (*2 ml)
Más de 15 kg y hasta 23 kg	45 mg 1 vez al día, por 10 días (*3 ml)
Más de 23 kg y hasta 40 kg	60mg 1 vez al día, por 10 días (*4 ml)
Más de 40 kg y/o adultos	Dar la cápsula de 75 mg 1 vez al día, por 10 días.

\* Presentación caja con 10 cápsulas de 75mg cada una. NO se cuenta con la presentación en suspensión, por lo que deberá prepararse como se mandona en laboratorio.