

INDICE

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 y Red de Voluntarios Municipales
- Componente de Comunicación de riesgos

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

La Secretaría de Salud del Estado de México preocupada y ocupada en el comportamiento epidemiológico de la Influenza A (H1N1) en su territorio elabora el Plan Operativo Estatal para hacer frente a un posible rebrote del padecimiento durante el periodo invernal de este año. Actualizando los objetivos y acciones sustantivas a realizar por todos los actores institucionales que integran el Sector Salud en el estado de México, homogenizando procesos de vigilancia epidemiológica, atención médica y acciones de promoción a la salud.

Estas acciones de coordinación para instrumentación de respuestas rápidas y eficaces resultaran en: Evitar defunciones, disminuir la transmisión y atender la sobredemanda de servicios; Homogeneizar la atención de casos con esquemas de tratamientos y antivirales;

Atender con eficacia a los grupos vulnerables y la presencia de brotes; Garantizar la suficiencia de insumos, medicamentos y equipamiento; Asegurar la protección del personal y promover el autocuidado de la salud.

II. Introducción

En México, la influenza es una enfermedad de notificación obligatoria desde 1994. Con base en el título octavo, capítulo segundo, artículo 134 de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas realizarán vigilancia epidemiológica, prevención y control de influenza epidémica. De acuerdo a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica, las unidades de vigilancia de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) deben notificar la ocurrencia de casos nuevos de influenza. Esta notificación debe hacerse en forma inmediata –antes de que transcurran 24 horas desde su detección – simultáneamente a través de los niveles técnico administrativos del SNS y al órgano normativo nacional del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

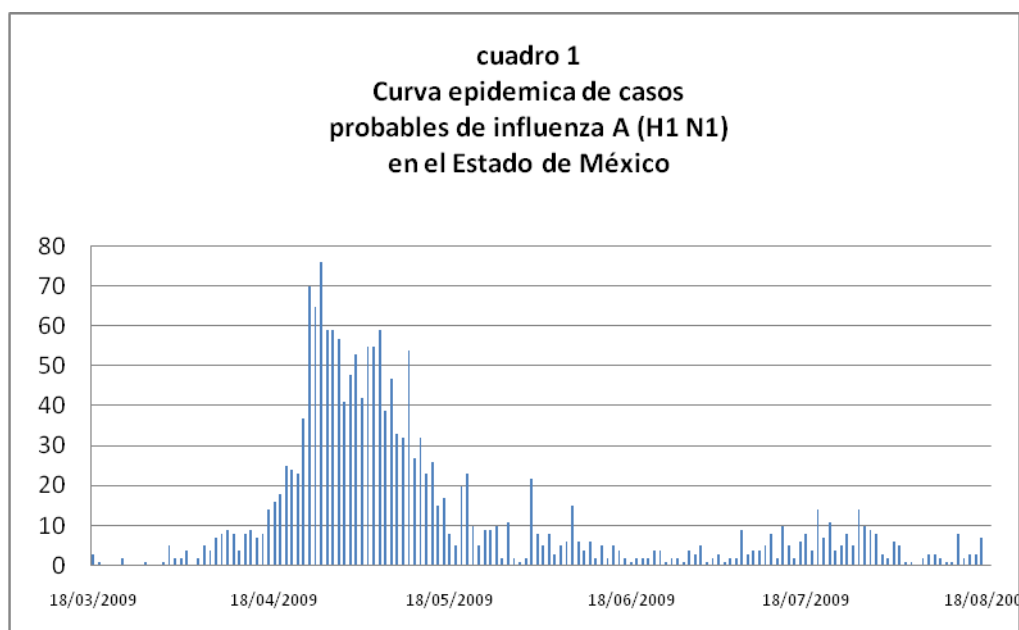
En preparación ante una posible pandemia de influenza, la Secretaría de Salud de México revisó en 2006 su estrategia de vigilancia epidemiológica de esta enfermedad y actualizó los procedimientos del sistema de vigilancia epidemiológica de influenza (SISVEFLU). Esta actualización incluyó el establecimiento de un sistema orientado a detectar casos ambulatorios de enfermedad respiratoria aguda en Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI) distribuidas en todo el territorio nacional.

El 16 de abril de 2009, la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE) emitió el aviso epidemiológico DGAE/09/004 alertando a todas las unidades de vigilancia epidemiológica ante la prolongación del periodo de transmisión de lo que en su momento se consideró influenza estacional. Una semana más tarde, el 23 de abril, la Secretaría de Salud conoció que en México circulaba una nueva cepa de virus de influenza A (H1N1) asociada a infección respiratoria grave.

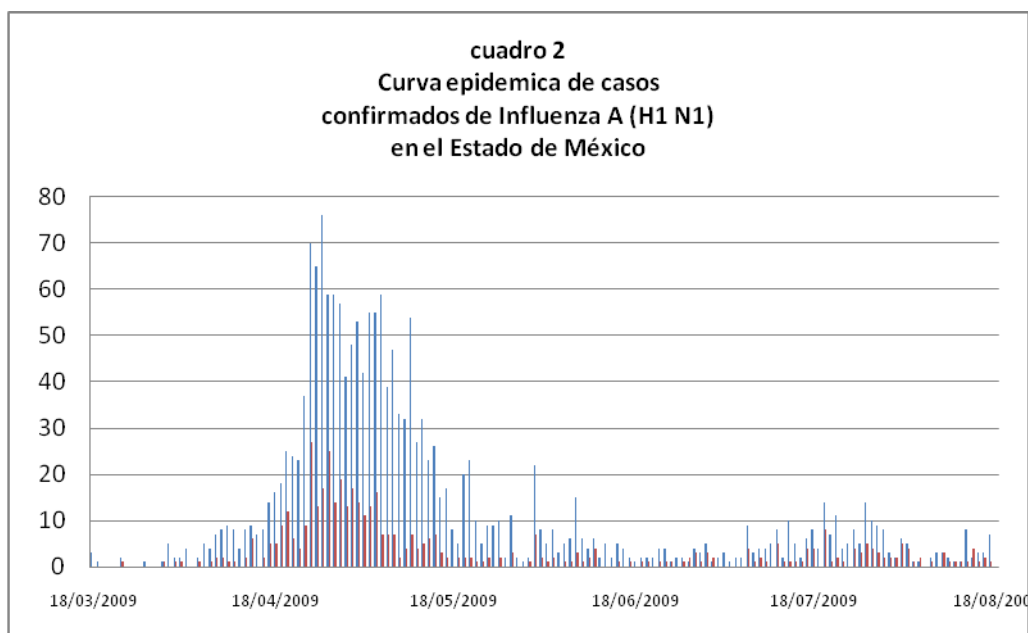
III. Antecedentes:

Situación actual y determinantes de la transmisión

El Estado de México tiene un comportamiento estable en la epidemia que ocurre en el país desde el mes de abril con un mayor número de casos diagnosticados entre el mes de abril y mayo como lo muestra la curva epidémica de casos probable (cuadro 1) y conforme avanza la epidemia en el tiempo los casos disminuyen a partir de las acciones establecidas de distanciamiento social, inicio temprano de tratamiento y seguimiento estrecho de contactos de los casos, así como las acciones masivas de promoción a la salud entre la población.

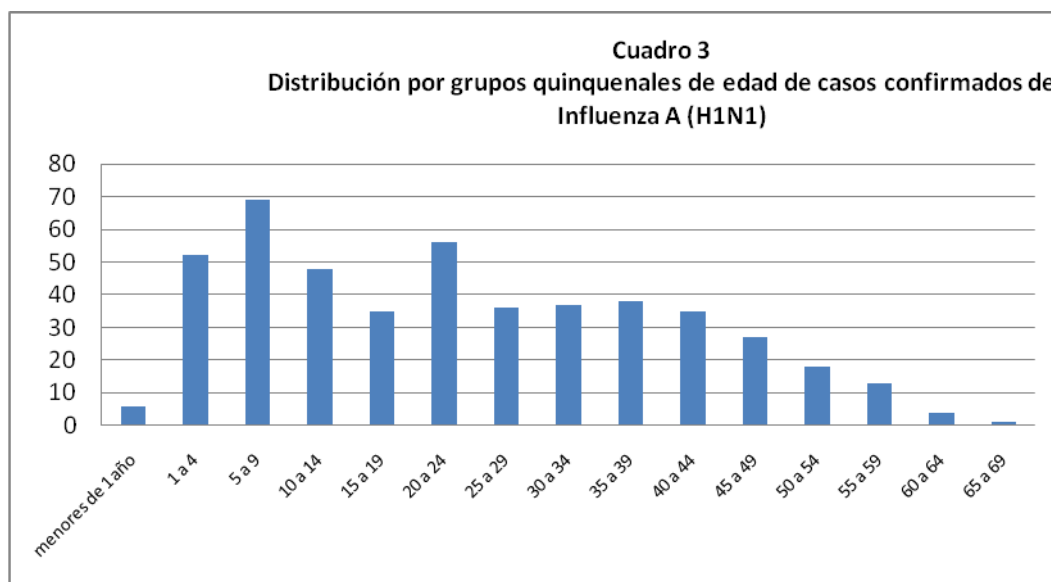


Con la respuesta de la población ante la presencia del nuevo virus se tuvo una demanda importante de la población de casos probables de influenza y mediante las pruebas confirmatorias inicialmente Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y posteriormente mediante RT-PCR se tuvieron los casos confirmados de Influenza Humana A (H1N1) en el Estado de México (cuadro 2).

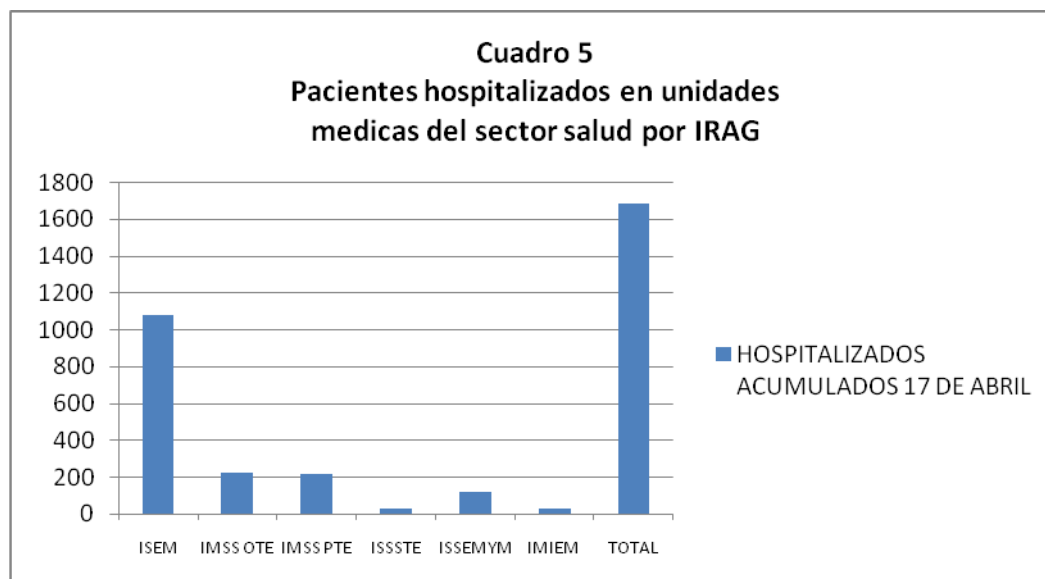


El comportamiento de la Influenza Humana A (H1 N1) en el Estado de México ha sido particularmente urbano y ubicado en la zona conurbada del Valle de México, aunque se han identificado casos en el Valle de Toluca y zonas del sur del Estado.

Los grupos de edad afectados como en todo el país fue la población comprendida entre los 10 y 34 años de edad, el grupo quinquenal con mayor número de casos en el estado fue el de 5 a 9 años (14.4%).



Con los datos que genera la Red Negativa de Vigilancia epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) se tienen 1,685 ingresos en unidades médicas del sector salud por IRAG desde el mes de abril y hasta el 25 de agosto de 2009.



El comportamiento de la Influenza Humana A (H1N1) en el Estado de México con los casos probables y su proporción de casos confirmados permiten realizar proyecciones para el periodo invernal próximo

Casos sospechosos		Casos Confirmados		Casos en Hospitalización o salas de emergencia		Hospitalizados en UCI	
Actual	Esperado	Actual	Esperado	Actual	Esperado	Actual	Esperado
1,899	3,798	481	962	1,685	n.d.	n.d	n.d.

La Capacidad de respuesta médica y comunitaria en el Estado de México

Con la información disponible de SINERHIAS (Sistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura en Salud) el Estado de México cuenta con 40 Hospitales con 3,371 camas censables; 2,400 camas censables de especialidades; 1,267 camas no censables o de transito; 91 quirófanos.

La capacidad de los recursos humanos en Hospitales es de 2,996 médicos; 5,417 enfermeras; 1,248 recursos técnicos

Específicamente se tienen 189 médicos internistas.1 neumólogo, 102 urgenciólogos,

Problemática

Técnicos: Al Inicio de la contingencia se tuvo un descontrol inicial sobre la fuente oficial de casos. El registro inicial de los mismos a través del SISVEFLU y a través de la Plataforma única del SINAVE provoco información errónea sobre el número de casos que se estaban registrando en el estado. Problemática adicional resulto la atención de casos de residentes mexiquenses atendidos en unidades medicas del Distrito Federal o en los propios Institutos Nacionales (INER, INP, Hospital Infantil de México) o de seguridad social (Centro Medico La Raza, Centro Médico 20 de Noviembre) y su registró de estudio de caso incompleto, desconociendo su domicilio y la evaluación clínica de sus contactos cercanos.

El cambio constante durante la contingencia de la definición operacional de caso también resulto un punto crítico para los niveles operativos y la suspensión temporal de la vigilancia a través de las Unidades Monitoras resulto particularmente difícil para el seguimiento en el comportamiento del padecimiento.

Administrativos: Sin lugar a dudas no tener desde el primer momento el antiviral (oseltamivir) causo una crisis en la atención medica en las unidades que empezaron a ser insuficientes ante la llegada de casos graves. Si bien se contaba con recursos financieros para las compras emergentes que se requerían no se tenían proveedores que dotaran a los servicios de salud de los insumos mínimo indispensables en su primer momento, tales como cubre bocas, gel antibacterial, sanitas, jabón, etc.

Rectoría: presencia de múltiples aéreas como rectoras y guías para la atención de la contingencia, dentro y fuera de la Secretaria de Salud Federal. El comportamiento de la epidemia era seguido en los primeros días a partir de las conferencias de prensa del C. Secretario de Salud Federal sin tener lineamientos a nivel estatal para el fortalecimiento de la información a la población y al propio sector.

La presencia del Gobernador del estado a través de sus conferencias de prensa dio certidumbre a las estrategias dio certidumbre a la población y fortaleció la estrategia desarrollada por la Secretaria de Salud y su liderazgo al sector público.

El fortalecimiento del Comité Estatal para la Seguridad en Salud que por instrucciones del C. Secretario de Salud Estatal se convirtió en Consejo Estatal permitió fortalecer las políticas y las estrategias de atención en el estado y guiar a todo el sector público y privado de su actuación durante la contingencia.

Sin lugar a dudas el cambio en el sistema de notificación en plena epidemia causo estragos en cada una de las aéreas usuarias al mismo. Desde la notificación de casos sospechosos por médicos sin control hasta notificaciones sin estudio completo de caso ocasiono que la base de datos para la toma de decisiones fuera totalmente rebasada y cada uno de los estados buscara en la medida de sus posibilidades fuentes alternativas de información que permitieran la toma de decisiones.

En esta búsqueda de información una problemática importante fue la otorgar a infinidad de aéreas de gobierno local, estatal y federal , medios de comunicación y población en general datos sobre el comportamiento de la influenza.

IV. Componentes

Componente de Coordinación y Logística

En esta línea de acción se debe garantizar la participación técnica y operativa de las instituciones, para proporcionar una respuesta integral, oportuna y efectiva, incluye las siguientes actividades:

- Promover que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para atender oportunamente a la población.
- Analizar la información e identificar las fases para el inicio de acciones.
- Coordinar las acciones de los Comandos de Respuesta Rápida.
- 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.
- Establecer las políticas de cuarentena durante la pandemia.

En el Estado de México el Comité Estatal fue constituido el 5 de diciembre del 2003 durante la XI Sesión Ordinaria del Consejo Estatal de Salud del Estado de México en la ciudad de Toluca. Tiempo desde el cual sesiona ininterrumpidamente.

Por acuerdo del Dr. Franklin Libenson Violante, Secretario de Salud del Estado de México con fecha 28 de abril del 2009 el Comité se transforma en Consejo Estatal para la Seguridad en Salud y establece las directrices en el estado para la atención de la epidemia por influenza.

Instalación del Consejo estatal para la Seguridad en salud en sesión permanente



Las actividades de estos Comités durante una pandemia de Influenza son:

- Análisis de la información para declarar las fases e indicar el inicio de las acciones.
- Coordinar las acciones de preparación y respuesta del nivel federal y estatal a través de los Comandos de Respuesta Rápida.
- Mantener estrecha comunicación con el nivel federal, antes, durante y después de la pandemia de influenza.
- Evaluar las estrategias y acciones para controlar el brote.
- Promover que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para atender a la población oportunamente.
- Coadyuvar en la operación del sistema de vigilancia epidemiológica que se instale para control de la pandemia.
- Fomentar la coordinación entre las diversas instituciones para estandarizar acciones.
- Gestionar ante los organismos públicos y privados el apoyo para la adecuada operación de las acciones y la adquisición de vacuna, antivirales e insumos.
- Establecer las políticas de cuarentena durante la pandemia.

Se establece desde el primer día de contingencia la Sala de Situación en las instalaciones de la Secretaría de Salud para el establecimiento de las estrategias en los componentes de la contingencia: Coordinación, Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria, Fortalecimiento de Laboratorios y Capacidad Diagnóstica, Atención a la Población, Reserva Estratégica y Difusión y Movilización Social

Directorio de funcionarios estratégicos del Consejo Estatal de Seguridad en Salud

Nombre	Institución	Puesto
Dr. Franklin Libenson Violante	Secretaría de Salud del Estado de México	Presidente del Consejo
Dr. Gabriel O'Shea Cuevas	Instituto de Salud del Estado de México	Vicepresidente del Consejo
Dr. Víctor Manuel Torres Meza	ISEM	Secretario Técnico
QFB José Sigona Torres	IMSS Oriente.	Vocal
Lic. Israel Raymundo Gallardo Sevilla	IMSS Poniente	Vocal
M en E. Osvaldo Santin	ISSEMYM	Vocal
C. Víctor Estrada Garibay	ISSSTE	Vocal
Lic. Laura Barrera Fortoul	DIF	Vocal
Dr. Filiberto Cedeño Domínguez	IMIEM	Vocal
Lic. Guadalupe Monter Flores	Secretaría de Educación	Vocal
Lic. Guillermo Velasco Rodríguez	Secretaría del Medio ambiente	Vocal
Ing. María Cristina Moctezuma Lule	Secretaría Técnica del COESPO	Vocal
Lic. Arturo Vilchis Esquivel	Director General de Protección Civil	Vocal
Dr. Roberto Camacho Beiza	Director de la Facultad de Medicina UAEM	Vocal
Dr. Roberto Serrano Agueros	Academia de Salud Pública del	Vocal

	Estado de México	
Dr. Saúl Díaz López	Presidente del Consejo de Medicina General del Estado de México	Vocal
Ing. Angélica Franco Espinoza	SAGARPA	Vocal

Directorio de Enlaces directivos institucionales del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE)

Nombre	Institución	Puesto
Dr. Víctor Manuel Torres Meza	ISEM	Presidente del Comité
Dra. Sonia Echeverri Frías	ISEM	Vicepresidente del Comité
Dra. Margarita Parra Frías	ISEM	Secretario Técnico
Dr. Alfredo Vargas Valerio	IMSS Ote	Vocal
Dr. Gerardo Armengol Sánchez	IMSS Pte	Vocal
Dra. María de la luz Pérez Mendoza	ISSEMYM	Vocal
Dr. Gabriel Gutiérrez Pichardo	ISSSTE	Vocal
Dr. Ángel Domínguez Valencia	DIF	Vocal
Dra. Norberta Molina Jurado	IMIEM	Vocal
Dra. Evangelina Caballero Velázquez	Secretaria de Educación	Vocal
Dr. Alejandro Sotomayor Gallardo	IMSS Oportunidades	Vocal
Q.F.B. Miguel Ángel Molina Ángeles	LESP	Vocal

Directorio de enlaces institucionales jurisdiccionales

Jurisdicción	Jefe de jurisdicción	Epidemiólogo	Teléfono
Atlacomulco	Dr. Luis E. Hoyo García de Alva	Dra. Juana Rosa García Espinosa	017121221658
Ixtlahuaca	Heriberto Vilchiz Hernández	Valentín Sánchez Crispín	017122830016
Jilotepec	Dr. Marcelino Reyes Sánchez	Dr. Martín Santillán Maciel	017617340369
Tenango Del Valle	Dr. Raúl Cisneros Basurto	Dr. Miguel Romero Rodríguez	017171440369
Toluca	Dra. Guillermina L. San Juan López	Dra. Aidé Pérez Buitrón	017222145851
Xonacatlan	Dr. Víctor Raúl Sánchez Jiménez	Dr. Ángel Ventura Benítez	017282853747
Tejupilco	Dr. Miguel Ángel Estrada Botello	Joaquín Ruiz Salinas	017242671524
Tenancingo	Dra. María Isabel Jiménez Martínez	Dr. Fausto Delgadillo Soriano	017141420722
Valle De Bravo	Dr. Amado Hernández Bernal	Dr. Juan Manuel Muñoz Munguía	017262620520

Atizapán	Dr. Francisco Javier Portillo Ponce	Dr. Jesús Fuentes Granados	015558220238
Cuautitlán	Dra. Mayela Evangelista Gutiérrez	Dr. Rubén De La Cruz Leyva	015558720601
Naucalpan	Dr. Felipe Alonzo Corzo Niño	Dr. José Villareal Bustamante	015553012817
Teotihuacán	Dra. Martha E. Velázquez Guzmán	Dra. Josefina Juárez García	015949560487
Tlalnepantla	Dra. Rosa María N. Herrera García	Dr. José Antonio Rodríguez Quezada	015555655019
Zumpango	Dr. Héctor Antonio Bonilla Ponce	Dr. Sergio Pichardo Ávila	015919170095
Amecameca	Dra. Lidia Reyes Rosas	Dr. Isaac Languren Galicia	015559751823
Ecatepec	Dr. Fernando Martínez Rangel	Dr. Manuel Pérez Curiel	015557550171
Nezahualcoyotl	Dr. Gregorio Escamilla Godínez	Dra. Luz María Rivas Manzano	015557655934
Texcoco	E.S.P. Julia Norma Soto Suarez	Dr. Uriel García Domínguez	015959543784

Directorio de Directivos en sala de situación Estatal

Nombre	Cargo	Responsabilidad
Dr. Franklin Libenson Violante	Secretario de Salud	Jefe de la sala Vocero único
Dr. Manuel López Kneeland	Asesor del C. Secretario	Logística
Dra. Elizabeth Dávila Chávez	Directora de Servicios de Salud	Atención medica
Dr. Ángel Salinas Arnaud	Subdirector de Atención Medica	Atención médica en hospitales
Dr. Carlos Aranza Donis	Director del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"	Manejo clínico terapéutico
Dr. Sergio Ramírez	Subdirector del SUEM	Insumos
Ing. Raúl Corres	UIIPE	Estadística oficial
Dr. Víctor M. Torres M	Subdirector de Epidemiología	Vigilancia epidemiológica
MASS Ma. Dolores Ramírez Hernández	Subdirectora del LESP	Muestras biológicas
Ing. Armando Torres Gómez	Director de Regulación sanitaria	Seguimiento de casos
Dra. Elizabeth Haley	Subdirectora de Enseñanza, Investigación y Calidad	Estudios de mortalidad

Componente de Vigilancia epidemiológica y Laboratorio

El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica de influenza es favorecer la salud de la población, previniendo o mitigando epidemias y brotes de enfermedades respiratorias, mediante vigilancia epidemiológica funcional que permita detectar oportunamente la aparición de casos nuevos de enfermedad respiratoria asociada con el incremento de la influenza estacional y la recirculación de H1N1 en el país.

Con este fin, los objetivos específicos del sistema son:

- Monitorizar el comportamiento epidemiológico de la influenza en el país para orientar las medidas de prevención y control.
- Identificar con oportunidad los tipos y subtipos de virus de influenza circulantes.
- Identificar grupos y áreas de riesgo
- Promover la difusión y uso de la información epidemiológica para la toma de decisiones.
- Conformar grupos multidisciplinarios y multisectoriales que permitan evaluar en forma permanente las medidas de control de la influenza.

La expresión clínica de la epidemia de influenza pandémica por virus A (H1N1) 2009, con mayor morbilidad y letalidad entre adultos jóvenes, ha mostrado las limitaciones de la vigilancia epidemiológica de influenza orientada exclusivamente a casos ambulatorios. Por lo tanto, el SISVEFLU vigilará casos de:

- **Enfermedad tipo influenza (ETI):** Persona de cualquier edad que presente o refiera haber tenido 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, diarrea. 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, no se requerirá la fiebre como síntoma cardinal.
- **Infección respiratoria aguda grave (IRAG):** 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, polipnea, o Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA)¹.
- **Defunción por neumonía grave con sospecha de influenza:** toda defunción por infección respiratoria aguda grave según se define en el párrafo anterior.

Definiciones de caso

- **Caso sospechoso de influenza** Se considera caso sospechoso de influenza a todo caso que cumpla los criterios de ETI o IRAG, o a cualquiera cuya muerte se asocie con ETI o IRAG.
- **Caso confirmado de influenza** Se considera caso confirmado de influenza a todo sujeto de quien se tenga una muestra con resultado de laboratorio

¹ SIRA: dificultad respiratoria de inicio agudo, con infiltrado bilateral difuso en la radiografía de tórax, en ausencia de hipertensión auricular izquierda, con $PaO_2/FIO_2 \leq 200$.

positivo para ese virus. Para el caso de la influenza pandémica A (H1N1) 2009, el resultado deberá obtenerse mediante RT-PCR punto final, o RT-PCR en tiempo real (rRT-PCR).

- **Caso de influenza confirmado por asociación epidemiológica**_Aquel que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso de influenza, y que haya estado en contacto con un caso confirmado (por laboratorio o asociación epidemiológica) en un periodo de hasta por 7 días, posterior al inicio de los síntomas del caso confirmado.
- **Caso descartado de influenza:** Se considera caso descartado de influenza al que tenga resultado de laboratorio negativo a ese virus.

Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI)

- La vigilancia centinela de influenza se hará a través del sistema de unidades de salud monitoras de influenza (USMI). Estas unidades incluirán centros de salud de atención primaria y hospitales. Podrán participar como USMI las unidades de tercer nivel que por sus características puedan contribuir a ampliar el panorama de información epidemiológica, entre ellas las que cuenten con especialidad de neumología, infectología o pediatría.

Cada USMI deberá contar con:

- Personal: al menos un epidemiólogo o persona capacitada en epidemiología o salud pública, que pueda realizar el estudio de caso, toma de muestra, y análisis de la información epidemiológica de influenza.
- Espacio físico: espacio de trabajo para el epidemiólogo o responsable del seguimiento de casos de influenza, incluyendo mobiliario de oficina.
- Comunicación: acceso a teléfono y conexión a Internet.
- Equipamiento informático: al menos una computadora de escritorio, para uso exclusivo de la persona responsable de la vigilancia epidemiológica de influenza, con capacidad para la conexión al sistema en línea del SINAVE y manejo de bases de datos, con sistema de energía ininterrumpida. Al menos una impresora para uso exclusivo de la persona responsable de la vigilancia epidemiológica de influenza.
- Material de oficina: papelería y consumibles.
- Material para toma y manejo de muestras: hisopos y medio de transporte para la toma de muestras, refrigerador que permita mantener las muestras a 4°C en caso de que no puedan entregarse de manera inmediata a un laboratorio, cajas térmicas y refrigerantes congelados para el transporte de muestras
- Acceso a laboratorio: acceso a un laboratorio en el que pueda realizarse diagnóstico de influenza, o posibilidad de enviar muestras para diagnóstico en un laboratorio de otra localidad, en las condiciones adecuadas de temperatura.

Las USMI detectarán casos sospechosos de influenza, y los reportarán a través de la plataforma del SINAVE, señalada como sitio de reporte por el acuerdo del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de mayo de 2009. En las USMI se tomará muestra para diagnóstico por laboratorio de influenza al 30% de pacientes ambulatorios, 100% de hospitalizados y 100% de defunciones que cumplan con

las definiciones operacionales de caso sospechoso de influenza, y siempre y cuando se encuentren dentro del periodo adecuado para la toma de muestra que se detalla más adelante.

Estos porcentajes de muestreo serán revisados periódicamente, para adecuarlos a la situación epidemiológica y tomando en cuenta las capacidades de los laboratorios que hacen el diagnóstico. En los estados donde la circulación del nuevo virus de influenza A(H1N1) 2009 es aún baja, las USMI tomarán muestra al 100% de casos ambulatorios. Para la selección de los pacientes ambulatorios a los que se les tomará muestra, se utilizará un esquema de selección sistemático, en el que se tomará muestra al primero de cada tres pacientes que acudan a la USMI y cumplan la definición de caso sospechoso de influenza.

Las unidades de salud que no forman parte de la red de USMI también deberán notificar los casos sospechosos de influenza, de acuerdo a lo señalado en la NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica. En estas unidades no se tomará muestra a pacientes ambulatorios. Se tomará muestra para diagnóstico solamente al 100% de defunciones, que cumplan con las definiciones operacionales arriba señaladas. En caso de brotes en comunidades cerradas (escuelas, localidades aisladas, reclusorios, etc.) estas unidades tomarán muestra al 30% de los casos sospechosos.

El reporte de casos de estas unidades de salud se hará a través del reporte semanal de casos de notificación obligatoria (SUIVE-1-2007). Los casos detectados en estas unidades que no cuenten con confirmación de diagnóstico por laboratorio, se reportarán en la categoría CIE-10 J11 (influenza por virus no identificado). Además, las defunciones y los casos provenientes de brotes en comunidades cerradas que cuenten con toma de muestra se reportarán a través de la plataforma del SINAVE.

Estudio de brotes

Dada la situación actual de circulación de virus de influenza en la mayor parte de los grandes conglomerados urbanos y otras áreas del territorio nacional, el estudio de brotes se limitará a situaciones en que aparezcan casos relacionados epidemiológicamente en comunidades cerradas. Ante la presencia de este tipo de brotes deberá realizarse el estudio correspondiente (formato SUIVE-2007-3), y notificarse de manera inmediata. Esta notificación se hará de manera temporal al correo notifica@dgepi.salud.gob.mx, posteriormente se desarrollará un módulo en la plataforma del SINAVE a través del cual podrá realizarse la notificación de brotes. Para el estudio del brote se tomará muestra al 30% de quienes cumplan con la definición de caso sospechoso de influenza, para verificar la circulación del virus.

Estudio de contactos

Ante la detección de casos sospechosos el área de epidemiología jurisdiccional debe llevar a cabo estudio de contactos. Los contactos que presenten síntomas pasarán a la categoría de casos sospechosos, a los que se realizarán las acciones descritas en los párrafos anteriores. Debe monitorearse en los contactos cercanos la aparición de síntomas hasta por siete días después de la última ocasión en que estuvo en contacto con el caso sospechoso o confirmado.

Acciones ante defunciones por neumonía grave con sospecha de influenza

La defunción se notificará de manera inmediata, en las primeras 24 horas de conocida por los Servicios de Salud, a través del correo notifica@dgepi.salud.gob.mx. Esta notificación deberá incluir los signos y síntomas que confirmen la definición operacional de caso sospechoso de influenza o infección respiratoria aguda grave por influenza. La información del paciente se ingresará en la plataforma del SINAVE.

El personal de la unidad médica tratante deberá obtener copia del expediente clínico y enviarlo a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, que a su vez enviará copia al estado y a la DGAE en un periodo no mayor a 5 días hábiles posteriores a la detección de la defunción. En caso de que la unidad médica no cuente con personal de vigilancia epidemiológica, el epidemiólogo jurisdiccional se hará responsable de la obtención del expediente clínico.

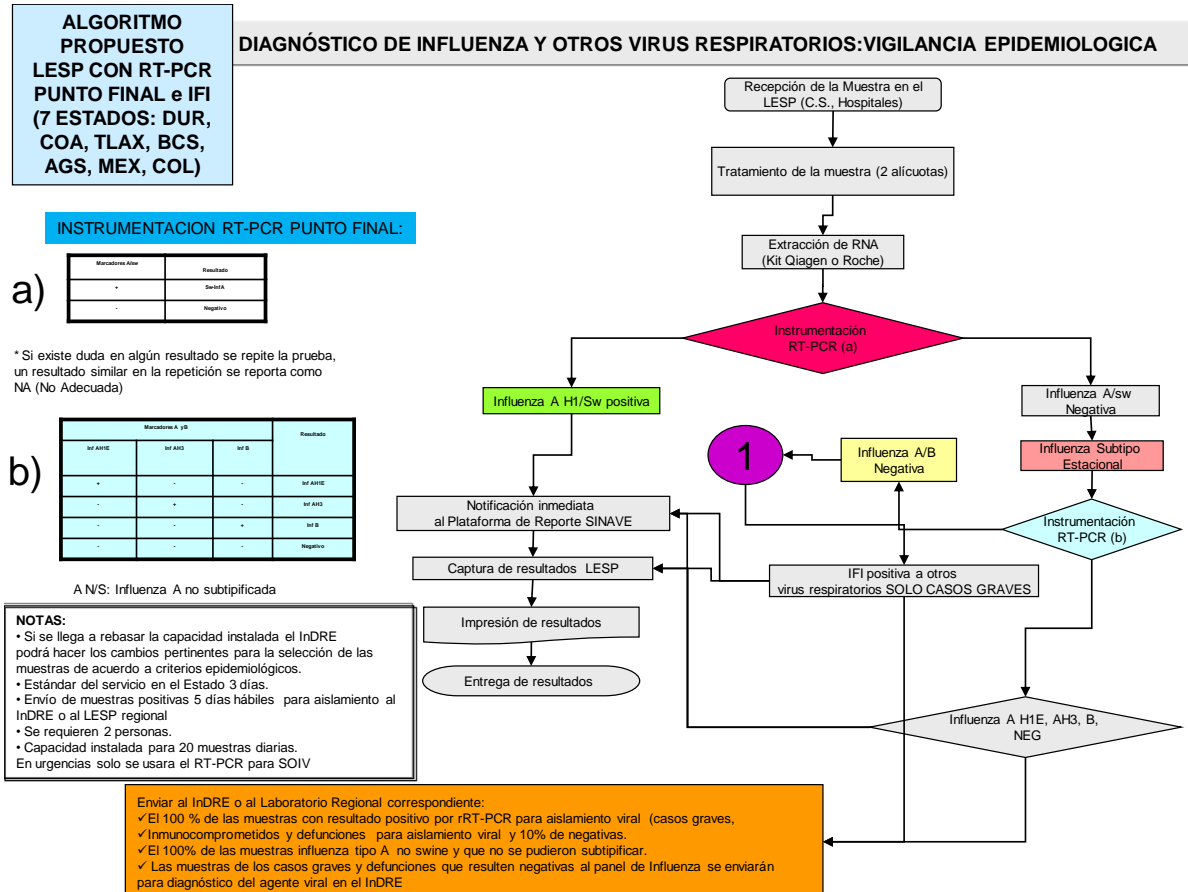
El responsable de epidemiología o salud pública de la unidad médica tratante debe garantizar la toma de muestra para diagnóstico, así como su envío al LESP. El responsable del área de epidemiología gestionará la toma de biopsia, de acuerdo a lo que se indica en la sección V de este documento. Se asegurará también de que se envíe junto con el formato de estudio de caso y que la muestra está correctamente rotulada, incluyendo la fecha, el nombre y número de folio en plataforma SINAVE del paciente.

El Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) dictaminará la defunción en un periodo no mayor de 10 días posteriores al deceso, y enviará el acta correspondiente a la DGAE. El acta deberá contar con toda la información clínica-epidemiológica, así como los resultados de laboratorio. Los casos serán revisados en sesión de CONAVE, para definir si el dictamen es o no avalado. En caso de no haber acuerdo con el dictamen del CEVE, se procederá a revisar el caso en reunión del CONAVE con presencia del epidemiólogo estatal y el médico tratante.

El resultado de los procesos anteriores se informará a los servicios de salud, con la especificación de los desacuerdos atendidos, y el dictamen final que se ingresará a los registros oficiales. Toda defunción en la cual no haya sido tomada muestra para diagnóstico de laboratorio deberá ser dictaminada mediante criterios clínico – epidemiológicos por el Comité Estatal y el CONAVE.

El certificado de defunción se enviará de manera inmediata a la DGAE y el formato de “Reporte de causas de Muerte Sujetas a Vigilancia Epidemiológica” de INEGI se enviará también, en periodo no mayor de dos semanas.

Nuevo algoritmo y Consolidación de la Red Nacional de Laboratorio



El Laboratorio Estatal de Salud Pública se incluye en Laboratorios Estatales “rRT-PCR” (Identificación virus de influenza cepa pandémica H1N1 (Técnica del CDC, Atlanta, GA), y “RT-PCR en punto final” (b- influenza estacional H1, H3 y B) (Técnica del CDC, Atlanta, GA). Tres LESP REGIONALES y 23 LESP (Aguascalientes, BC, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Yucatán, Zacatecas), el IMSS y los Institutos Nacionales miembros de la red (INER, INSP, INCMNSZ).

Las funciones establecidas son:

- Realizar el diagnóstico en la plataforma estandarizada
- Capacitar al personal que llevara a cabo la toma, envío y manejo de la muestra.
- Enviar el 100% de los sobrenadantes de sus muestras positivas (casos graves, inmunocomprometidos y defunciones, así como de las muestras de influenza tipo A no subtipificadas) al InDRE o al laboratorio Regional correspondiente para aislamiento viral (5 días hábiles posterior a su identificación) y el 10% de sus muestras negativas para control de calidad al InDRE.
- Capacidad instalada de 20 a 30 muestras diarias (jornada de 8 horas), estándar del Servicio de 24 a 48 horas, contando con dos personas para realizar la técnica.
- Realizar la captura de resultados en la plataforma única, así como la información completa de las muestras que lleguen directamente al laboratorio.

Tipos de muestras

En los casos de ETI e IRAG, se tomará muestra de exudado faríngeo o nasofaríngeo. Estas muestras se tomarán solamente dentro de los tres primeros días (72 horas) de iniciados los síntomas.(toma de muestra ANEXOS)

Si el paciente está intubado, en los primeros cinco días después de iniciados los síntomas se tomará lavado bronqueo alveolar, no menos de 2 ml.

En caso de defunción en la que se haya dictaminado como causa la neumonía aguda, recuperar especímenes de pulmón, aproximadamente 2cm del parénquima pulmonar visiblemente afectado, aún después de las 72 horas de iniciados los síntomas. Estos especímenes pueden ser biopsia de tejido fresco, el cual se pone en el medio de transporte viral.

Manejo de muestras

Todas las muestras deben colocarse en medio de transporte viral, y conservarse de 4 a 8 °C. Las muestras deberán estar etiquetadas con el nombre completo del paciente y estarán acompañadas de su correspondiente solicitud de laboratorio SISVEFLU.

Componente de Vinculación Social y Atención Ciudadana

Ante estos eventos críticos la comunicación de riesgos es un conjunto de capacidades y conocimientos que puede ayudar a las autoridades a encontrar y mantener el control de daños en una situación de crisis.

Los objetivos de este componente

Generar los flujos de información y acción que permitan la eficiente convergencia de esfuerzos, así como la coordinación y vinculación con las Organizaciones de la Sociedad Civil; con el Legislativo; Con las instituciones del Sistema Nacional de Salud; con las

diferentes instancias en el marco de la reciprocidad internacional; con los flujos de información bidireccionales generados en las giras del C. Secretario de Salud y con la atención a las peticiones ciudadanas.

Relaciones Internacionales

Establecer un solo canal de comunicación entre la DGRI y las Secretarías de Salud Estatales para la coordinación de la recepción de donativos internacionales y/o la participación de expertos internacionales, en las entidades federativas

Evaluar de manera conjunta con la SRE la recepción de donaciones y/o participación de expertos

Vinculación con el poder legislativo

Mantener debidamente informado al poder legislativo sobre el desarrollo de la epidemia. Recoger opiniones y solicitudes para ser respondidas a través de las áreas técnicas.

Vinculación con las Organizaciones de la Sociedad Civil

Informar a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), a través de mensajes electrónicos y foros virtuales, la situación actual de la pandemia.

Coordinación Estatal- STCNS

Eficiantar la coordinación entre la federación y la Secretaria de Salud del Estado de México con el fin de facilitar la toma de decisiones y potenciar el impacto de las acciones. Seguimiento en el envío inmediato a CONAMED de la copia del expediente completo así como del Certificado de Defunción, marcar copia al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud.

Nombrar un solo enlace para proveer información oficial.

Activar el Consejo estatal de Seguridad en Salud, enviando copia electrónica de las Convocatorias y Actas.

Atención Ciudadana

Canalizar oportunamente y dar adecuado seguimiento a las peticiones que realicen los ciudadanos a través de la Presidencia de la República, de la Secretaría de Salud y del Gobierno del Estado de México respecto de la atención médica de Influenza A H1N1.

Un solo enlace estatal de alta responsabilidad y capacidad resolutoria. (disponible 24 hrs.) Canal de comunicación expedito entre el enlace estatal y federal (teléfono, correo y fax). Atención médica inmediata en casos de Influenza.

Seguimiento puntual de cada caso y retroalimentación.

Reporte completo y puntual de los casos atendidos de acuerdo al formato establecido

Componente de Atención Médica ambulatoria y hospitalaria

Nuestra preparación previa a la epidemia puede resumirse en los siguientes puntos:

Se mantiene la educación continua para el personal, incluyendo la distribución del manual actualizado.

Mantenemos promoción permanente de la higiene de las manos. Esta acción incluye la vigilancia continua de la calidad de agua, el funcionamiento adecuado de lavabos y jaboneras, así como la ubicuidad del alcohol en gel en las áreas hospitalarias.

Se vigila la operación continua de las áreas de presión negativa en urgencias. Estas áreas permiten reducir el riesgo para el personal y para otros pacientes.

Contamos con acopio de material y equipo de alta demanda en caso de epidemia (guantes, cubre bocas, máscaras de alta eficiencia, alcohol en gel), suficientes para la operación durante cuatro semanas en condiciones de escasez en el mercado.

Mantenemos la vacunación anual del personal con vacuna de influenza estacional, disponible para todo el personal.

Reconversión de las áreas de atención externa

Triage

En todas las situaciones de emergencias, el triage es el primer paso en el manejo de casos, debe de hacerse de manera que garantice la clasificación correcta y el manejo adecuado de los pacientes. Se colocarán sitios de triage en todas las puertas de entrada del hospital y se capacitará a todo el personal médico para aplicarlo de la siguiente manera:

- Identificación de pacientes con síntomas respiratorios: Cualquier persona que refiera síntomas respiratorios se le colocará en ese sitio cubre bocas y se realizará higiene de manos. Se hará una revisión dirigida de factores de riesgo en caso de encontrar alguno o bien síntomas o signos de alarma se referirá a urgencias para una segunda evaluación.
- Los pacientes con síntomas respiratorios que no cumplan criterio de enfermedad similar a influenza y se encuentren sin complicaciones egresarán a casa con indicaciones de tratamiento sintomático, medidas generales, información y datos de alarma. Los pacientes que cumplan criterio de enfermedad similar a influenza egresarán además con tratamiento antiviral.

- Los pacientes identificados en las áreas de triage con etiqueta respiratoria no podrán acceder a las áreas de laboratorio y/o consulta externa, su atención se dirigirá hacia urgencias.

Consulta Externa

En la medida de lo posible se mantendrán las consultas externas, en caso de requerirse se podrá optar por la consulta telefónica de los pacientes estables o que opten por la reprogramación telefónica.

Laboratorio y banco de sangre

La actividad deberá de mantenerse constante con la finalidad de asegurar la adecuada atención de los pacientes.

Reconversión de áreas de Urgencias y Terapia Intensiva

Triage

El último punto de triage se encontrará en el área de urgencias, teniendo en consideración las siguientes medidas:

- Pacientes con síntomas respiratorios que requieran evaluación en Urgencias: Se mantendrán los pacientes identificados con etiqueta respiratoria en un área de espera separada del resto de atención general de urgencias.
- Se designará un consultorio específico para la atención de estos pacientes de manera que pueda ser ágil y disminuir tiempo de espera.
- Los pacientes que requieran ser hospitalizados: Se instaurará un aislamiento de cohorte en el área de presión negativa de urgencias en caso de que su condición clínica lo permita, o bien para los pacientes críticos en el cuarto de RCP y área de camillas con apego estricto de precauciones de contacto y gotas.
- Los pacientes que requieran atención de cuidados críticos se mantendrán identificados con las tarjetas correspondientes (precauciones contacto y gotas). En el área de hospitalización de Urgencias se dará prioridad a la utilización de las camas de presión negativa (P-2, P-3). En el área de terapia intensiva se intentará en medida de lo posible que se encuentren internados en los aislados o bien de manera secuencial.
- Cuando se identifique una saturación de la capacidad de ventilación del 80% se liberará el área de estancia corta para incrementar la atención de pacientes ventilados implementándose entonces un aislamiento de cohorte de pacientes críticos.
- Se instaurará un sistema piramidal para la atención de los pacientes con cuidados críticos donde un adscrito/residente de Terapia intensiva estará encargado de un grupo de residentes de medicina interna y anestesiología para cerciorarse de la adecuada atención de todos los pacientes.
- El tratamiento dependerá de los factores de riesgo y características clínicas de los pacientes. Todos los pacientes que requieran hospitalización se mantendrán

con precauciones de contacto y gotas todo el tiempo hasta su egreso del hospital.

Reconversión de áreas de Hospitalización

Las guías internacionales recomiendan tener 30% de las camas libres ante una epidemia de influenza; se debe de priorizar en primer lugar urgencias y terapia intensiva para evitar formar un escenario de “cuello de botella”, por lo que se instaurarán las siguientes medidas:

- Se asignará un aislamiento de cohorte de pacientes que requieran ser hospitalizados en el área del segundo piso que incluirá inicialmente los cuartos de presión negativas y la zona de la torre con capacidad de expansión hacia el resto del piso dependiendo de las necesidades asistenciales.
- Los ingresos a las zonas designadas se podrán realizar a cualquier hora con la finalidad de mantener libre el área de urgencias.
- Se evitará en la medida de lo posible la rotación del personal de las áreas de atención de los pacientes con sospecha o confirmación de influenza para limitar la exposición nosocomial.
- Se limitarán las visitas hospitalarias a un familiar por paciente.
- Se informará diariamente el número de camas disponibles en hospitalización, área de terapia intensiva y ventiladores.

Egreso de pacientes sin enfermedades graves

Los jefes de servicios, revisores y jefes de residentes deberán iniciar inmediatamente las acciones para el egreso de los pacientes que no requieran hospitalización de forma estricta (operación hospitalaria “de Navidad”). Esto reducirá el riesgo de contagio y desocupará áreas para enfrentar la demanda de atención. Se trasladarán a los pacientes a diversos sectores con la finalidad de poder realizar el aislamiento de cohorte en el área designada del segundo piso. Se reprogramarán las cirugías electivas que requieran potencialmente atención en terapia intensiva en el postoperatorio. Esta disposición deberá de ser flexible y se adaptará dependiendo del comportamiento de la demanda de atención.

Medidas Bioseguridad en las áreas de atención clínica

Atención del paciente con sospecha de influenza

Mantener un apego estricto de las precauciones de contacto y gotas.

Higiene de manos

Utilizar mascarilla quirúrgica, bata no estéril y guantes no estériles.

Procedimientos que generen gotas o aerosoles

Cuando se realicen actividades que puedan generar gotas o aerosoles en la atención de los pacientes (intubación endotraqueal, aspiración de secreciones, broncoscopías, toma de hisopado nasofaríngeo, administración de medicamentos en aerosol) se deberá utilizar mascarilla N-95 además de lentes de protección.

- Uso de la mascarilla N-95.
- Su uso debe ser individual
- Se deberá marcar con el nombre completo y fecha de inicio de uso y no doblar.
- Posterior a su uso colocar en una bolsa de plástico y guardarlo.
- Su duración dependerá del estado y uso del mismo con una vida media de 40 horas de uso continuo o 7 días.

Lentes de protección

- Deberán usarse para todos los procedimientos que puedan generar gotas o aerosoles. Deberán limpiarse después de su uso con agua y jabón y posteriormente con alcohol al 70%.

Transporte de ropa usada por el paciente

- La ropa de cama contaminada con sangre o líquidos corporales debe manejarse con guantes y procesarse apropiadamente como ropa contaminada.
- Se recomienda no sacudir la ropa debido a que pueden generarse aerosoles.

Limpieza de superficies y materiales

- Se realizará con un detergente neutro seguida por una desinfección con agentes habituales como son derivados del cloro (hipoclorito sódico diluido) con agua al 1% a partir de una solución de cloro activo al 5 % para materiales contaminados con sangre o secreciones corporales, superficies horizontales o verticales). No preparar la solución clorada con agua caliente porque se forma trihalometano (Cancerígeno animal)
- Tener cuidado porque se inactiva ante presencia orgánica (Ej. sangre, secreciones). Por esto se debe limpiar primero con detergente, enjuagar con agua limpia y luego diluir el cloro y pasarlo por todas las superficies. Esta técnica es la llamada doble balde doble trapo, porque se deben realizar los dos procesos. Los insumos de limpieza (guantes, jerga) serán de uso exclusivo del área
- Al alta del paciente se realizará una limpieza general de la habitación y áreas adyacentes

Personal que transporta pacientes

- Todo el personal involucrado en el traslado de pacientes deberá colocarse las barreras de protección si va a permanecer a menos de un metro de distancia del paciente, utilizará mascarilla quirúrgica, bata y guantes.

- Se le colocara al enfermo una mascarilla quirúrgica, si puede tolerarlo, es decir si no tiene dificultad al respirar; de lo contrario, se le pedirá que cubra su boca al toser o estornudar con pañuelos desechables.
- El traslado de pacientes postmortem y las precauciones para la realización de la necropsia

Vigilancia y distribución de insumos

- El área de Epidemiología Hospitalaria iniciará un programa de vigilancia continua en todo el hospital, repartiendo alcohol gel de bolsillo a todo el personal.
- Se designará en cada área una persona que se encargará de asegurar el apego a la higiene de manos y etiqueta respiratoria.
- La administración habrá de asegurar el insumo de cubrebocas, guantes, pañuelos desechables, alcohol en gel y bolsas para desechos.
- La correlación de insumos disponibles se determinará a través de farmacia-almacén.

Manejo médico intrahospitalario

Manejo de los pacientes no complicados sin factores de riesgo

Los casos no complicados deben manejarse con tratamiento sintomáticos como paracetamol y anti-histaminicos. La tos suele ser autolimitada en pocos días y debe tratarse sólo en casos severos, con benzonatato o dextrometorfano. Los pacientes deberán mantenerse en reposo en casa hasta la resolución del cuadro agudo. Se les entregará información de medidas generales y datos de alarma. De acuerdo con la etapa de la epidemia, podrá determinarse la necesidad de indicar antivirales a todo paciente con enfermedad similar a influenza. En estos pacientes se realizará hisopado nasofaríngeo para rt-RT-PCR.

Manejo de los pacientes no complicados con factores de riesgo

Los pacientes no complicados pero que presenten factores de riesgo deberán de recibir tratamiento antiviral (oseltamivir), además del resto de las indicaciones. En estos pacientes se realizará hisopado nasofaríngeo para rt-RT-PCR.

Manejo de los pacientes complicados

Los pacientes complicados deberán ser hospitalizados; en todos deberá efectuarse exploración física completa. Asimismo, se instalará una línea para mantener una vena permeable. Los pacientes con dificultad respiratoria recibirán oxígeno suplementario por puntas nasales.

Se solicitarán los siguientes estudios: Hisopado nasofaríngeo para rt-RT-PCR, biometría hemática completa, gasometría (sí hay datos de dificultad respiratoria), teleradiografía de tórax, cultivo de expectoración, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y CPK. Siempre que sea posible, colocar oxímetro de pulso. Sí el paciente continúa grave o tiende al deterioro, se valorará la necesidad y disponibilidad de cama en terapia intensiva.

Manejo de los pacientes graves y en deterioro progresivo

Se solicitará la valoración de el manejo en la unidad de cuidados intensivos para sostén hemodinámico y respiratorio.

No se recomienda el uso de esteroides como tratamiento para influenza A, su uso seguirá las pautas para manejo de choque.

La infección bacteriana secundaria debe ser fuertemente considerada en pacientes que tengan fiebre persistente (>72h) y deterioro respiratorio. Ante la sospecha de complicación bacteriana pulmonar la decisión de uso de antibióticos se basará en la epidemiología local y comorbilidades del paciente. Se impulsará la realización de cultivos con la finalidad de poder dirigir el tratamiento antibiótico. El tratamiento empírico seguirá las siguientes pautas generales:

Uso de antibióticos de primera línea en adultos

El uso de antibióticos debe reservarse para los pacientes en que aparece neumonía bacteriana secundaria. El inicio del tratamiento debe preferentemente estar precedido de la toma de una muestra de las secreciones respiratorias para la tinción 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 a 2 g cada 24 horas; este tratamiento también se utilizará en los casos en que se sospeche o se confirme infección por *Streptococcus pneumoniae* o *Hemophilus influenzae*, que son, con mucho, los agentes más comunes. Para pacientes con buena evolución y que se requiera cambio a la vía oral para manejo ambulatorio, puede indicarse amoxicilina-clavulanato VO 500 mg cada 8 horas.

Uso de antibióticos de segunda línea

El uso de antibióticos como piperacilina-tazobactam, meropenem, ceftazidima, vancomicina, claritromicina, quinolonas y clindamicina, deben estar orientados a los pacientes hospitalizados, donde participan otros agentes bacterianos como *Pseudomonas*, Gram negativos multirresistentes, estafilococos resistentes a meticilina, gérmenes atípicos y anaerobios. Siempre se debe solicitar la valoración del infectólogo quien determinará la conducta terapéutica en cada caso.

Uso de drogas antivirales en adultos

El uso antivirales será supervisado por la indicación del infectólogo. Para todos los casos que requieran ser hospitalizados independientemente del tiempo de evolución se indicará Oseltamivir 75 mg/12 horas por 5 días o Zanamivir inhalado 10 mg/12hr.

Los pacientes obesos, con deterioro respiratorio significativo o que requieran atención en la unidad de terapia intensiva se recomendará duplicar la dosis de oseltamivir.

En pacientes con depuración de creatinina menor de 30 mL/min, la dosis habitual de Oseltamivir se ajustará a 75 mg cada 24 horas.

El zanamivir puede agravar el broncoespasmo en pacientes con asma y el oseltamivir puede ocasionar náusea y vómito, que puede moderarse cuando se administra junto con alimentos. Será importante mantener farmacovigilancia de los pacientes tratados.

Reserva estratégica

Disponer de insumos, medicamentos y equipamiento para la atención integrada de brotes y necesidades de hospitalización ante el repunte de la pandemia en el periodo otoño-invierno de 2009-2010.

En una estrategia estatal para el fortalecimiento de capacidades y anticipar riesgos de Salud Pública por la Influenza A (H1 N1) se estableció la Reserva Estratégica que tiene como resultados concretos el contar con insumos (medicamentos, reactivos, otros) para resistir un resurgimiento con intensidad 4 veces mayor que el anterior.

Los recursos necesarios para atender el requerimiento de equipos de ventilación para la contingencia durante los meses invernales del 2009 son: 397 ventiladores requeridos por el area medica, al día de hoy se cuentan con 294 ventiladores en buen estado, 62 en mal estado. 312 de estos ventiladores requieren mantenimiento a un costo aproximado de 15.4 millones de pesos; los equipos faltantes se contemplan en dos escenarios. Escenario 1 con una estrategia de renta por 17.0 millones de pesos y el Escenario 2 mediante la estrategia de compra con un monto de 63.75 millones de pesos.

Los requerimientos de necesidades de insumos y medicamentos contemplados para la Contingencia se agrupan en

- Protección personal: incluye cubre bocas (8,558,950 piezas); mascarillas N95 (200,516 piezas); goggles (36,000 piezas); Trajes tyvex (26,550 piezas); Batas desechables (36,000 piezas); cubre zapatos (36,000 piezas); Guantes (3,000 piezas).
- Insumos de higiene personal: Jabón liquido (4,480 litros); Alcohol en gel (18,580 litros); Alcohol gel para áreas críticas (3,360 litros); Toallas sanitas (8,020 paquetes).
- Insumos de limpieza: Jabón ortoaftaldehido (600 litros); Kit de amortajamiento (65 kits).
- Laboratorio: Medios de transporte viral (7,300 piezas).
- Antivirales: Ozeltamivir (5,000 cajas de capsulas de 75 mgr); Ozeltamivir (1,000 cajas de capsulas de 45 mgr).

Todos estos productos tendrán un control estricto en su almacenaje y distribución a través de los responsables de la Estrategia de Reserva Estratégica desde la Sala de Situación y los responsables de la Atención Médica Hospitalaria.

Basados en el Convenio BIRMEZ-ISEM 2009 se tienen asegurada la vacuna de Influenza Estacional de acuerdo al cuadro de distribución siguiente

**Cuadro resumen de las dosis de vacuna antiinfluenza estacional 2009.
Por institución**

ENTIDAD	DOSIS SSA	DOSIS IMSS	DOSIS ISSSTE	DOSIS TOTALES
ESTADO DE MEXICO	2,091,540	1,635,200	327,040	4,053,780

Fuente: CENSIA, Secretaria de Salud Federal.

COMPRA ADICIONAL ESTADO DE MEXICO	357,000	20 MILLONES DE PESOS*
--------------------------------------	---------	--------------------------

Fuente: BIRMEX , 2009.

* Con dinero del Gobierno del Estado de México

De acuerdo con la Subdirección técnica de salud de la Infancia del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia(CENSIA) de la Secretaría de Salud Federal se tienen dosis de vacuna anti influenza A (H1N1) para todo el país en dos escenarios; el escenario 1 con 12,296,980 dosis y el escenario 2 con 10,387,600.

La proporción estimada para el Estado de México es de 3,123,933 dosis para el escenario 1 (25.4%) y de 2,638,873 dosis para el escenario 2 (25.4%) del total del país.

La llegada de este biológico está establecida para el mes de diciembre del 2009 y su distribución a través de BIRMEX a los estados de la republica entre una y dos semanas después de su recepción.

Las prioridades para la vacunación contra influenza A (H1N1) en México son:

- Vacunar al personal de salud en hospitales y clínicas
- Vacunar a los pacientes con factores de riesgo para hospitalización y muerte (diabetes mellitus, hipertensión arterial, epoc, síndrome metabólico)
- Vacunar al grupo de edad con mayor potencial de transmisibilidad (menores de 5 años) y con mayor riesgo de hospitalización y muerte (menores de 2 años).

Las recomendaciones de grupos a vacunar contra influenza A (H1N1) en México son:

- Personal de salud en hospitales y unidades de salud
- Mujeres embarazadas
- Niños de 6 a 24 meses
- Población en riesgo de 25 meses a 64 años

Población en riesgo se considera a:

Enfisema, asma, obesidad mórbida, defectos cardíacos, diabetes mellitus no controlada, inmunodeficiencia, alteraciones neurológicas, grupos indígenas, marginados, cuidadores de menores de 6 meses.

Componente de Promoción de la salud y Red de Voluntarios Municipales

Estrategias específicas de Promoción a la Salud:

Índice de Estratificación Poblacional (IEP)

Se desarrolla aplicar el IEP a nivel estatal y jurisdiccional para el establecimiento de Riesgos y clasificación de cada uno de los 125 municipios de acuerdo a los parámetros creados para la construcción del IEP.

De acuerdo al nivel de alerta del IEP focalizar las medidas de mitigación en las 19 jurisdicciones sanitarias Remitiendo semanalmente el IEP jurisdiccional al DGE y DGPS. Dar a conocer el nivel de alerta a la población de manera rutinaria

Comunicación de Riesgos

- Elaborar la estrategia estatal de comunicación de riesgos conjuntamente con las áreas de CS, Epidemiología, Laboratorio y Vacunación
- Alinear los mensajes claves estatal, jurisdiccional, local e interinstitucional con los nacionales
- Adecuar y distribuir mensajes clave y mensajero de la salud entre actores clave
- Adecuar los materiales impresos y distribuirlos en sus jurisdicciones
- Distribuir archivos electrónicos de los materiales seleccionados a los aliados estratégicos
- Remitir a la DGPS y DGCS archivos electrónicos de los materiales elaborados por el estado
- Difundir en estaciones estatales spots de radio y televisión
- Priorización de materiales acorde a las necesidades del estado
- Distribuir videos educativos en todas las unidades de salud con capacidad de exhibición, incluyendo cines, teatros, etc.
- Vincular la página estatal con la página de DGPS
- Efectuar análisis de medios y sondeos de percepción de riesgo para orientar los mensajes claves

Manejo del Entorno

- Consultar periódicamente los criterios y lineamientos actualizados
- Difundir los criterios y lineamientos federales a: autoridades del gobierno estatal y municipal, autoridades de salud, autoridades competentes, así como representaciones de interés empresarial

- Aplicar los lineamientos de acuerdo al nivel de alerta de cada jurisdicción

Escuela y Salud

Instrumentar el procedimiento de vigilancia epidemiológica de escuelas conjuntamente con las áreas de Epidemiología de nivel estatal y jurisdiccional.

Trabajo y Salud

Difundir los materiales actualizados relacionados con los lugares de trabajo al : Secretario de Salud, Director de administración, Jefe de Recursos Humanos, Director de Servicios de Salud, Directores de Hospitales y jefes jurisdiccionales y en su caso a los representantes sindicales.

Difunde los materiales a: Gobernador del estado, cámaras empresariales estatales, representaciones sindicales estatales, presidentes municipales.

Capacitar para la aplicación del filtro de supervisión en sitios de trabajo

Participación Comunitaria

Identificar a las organizaciones de la sociedad civil y otras que deban estar incorporadas como lo son eclesiales, redes de voluntarios, clubes juveniles, etc.

Informar a los comités locales de salud sobre qué es la influenza y cómo manejarla

Manejo de determinantes personales y desarrollo de competencias

Difundir el material de consejería y la guía para el taller comunitario de Influenza en las unidades de primer contacto

Programar en los meses de septiembre a noviembre que los talleres comunitarios se focalicen en el tema de influenza

Desarrollo Organizacional

Dar cumplimiento a los acuerdos del Consejo Nacional de Salud (CNS) sobre el acceso a los titulares de promoción de la Salud al Consejo Estatal de Seguridad de Salud, así como a la instancia de decisión del Secretario y del Director de los servicios de salud

Establecer mesa de trabajo de Promoción de la Salud con las áreas de Epidemiología, Laboratorio, Atención Médica, Logística y Comunicación Social

Incorporar al Presidente de la Red Estatal de Municipios por la Salud al Consejo estatal de Seguridad en Salud

Componente de Comunicación de riesgos

La estrategia de comunicación que comunique de manera efectiva las medidas que deben tomar los ciudadanos para protegerse, las acciones del gobierno estatal para prevenir y controlar la epidemia de influenza A H1N1, y que contribuya a posicionar la cobertura y calidad del sistema de salud del Estado de México.

	Antes de una probable 3ª ola	Durante una probable 3ª ola	Tras una probable 3ª ola
Nivel 1	Informar a la población las medidas que debe tomar para protegerse y qué debe hacer en caso de presentar síntomas. Contribuir a generar una cultura de higiene. Comunicar de manera efectiva a la población del Estado que se cuenta con los recursos, los medicamentos y el personal capacitado para atender de manera efectiva una tercera ola.	Informar a la población las medidas que debe tomar para protegerse y qué debe hacer en caso de presentar síntomas. Así como las eventuales medidas de distanciamiento social que dispongan las autoridades.	Preservar la cultura de higiene y prevención.
Nivel 2	Posicionar al sistema de salud del Estado de México por su cobertura y capacidad, así como lo adecuado de las decisiones y acciones tomadas durante el primer brote.	Posicionar al sistema de salud del Estado de México por su cobertura y capacidad para atender la tercera ola.	Posicionar al sistema de salud del Estado de México por su cobertura y capacidad de acuerdo con sus resultados.
Nivel 3	Que todo el personal del sistema de salud del Estado de México difunda las fortalezas, la capacidad y competencia del mismo.		

Objetivos

Hoy:

- Difundir entre las audiencias clave qué se ha hecho desde abril a la fecha para controlar la epidemia, posicionando la efectividad de las acciones que tomó oportunamente el Estado de México.
- Comunicar de manera efectiva que el sistema de salud del Estado de México está preparado para enfrentar un nuevo brote de influenza A H1N1.
- Dar a conocer las medidas preventivas previas a un posible segundo brote del virus AH1N1.

En caso de un brote:

- Comunicar efectiva y oportunamente:
 - Las medidas que la población debe tomar para protegerse y para contribuir a controlar la epidemia.
 - Las decisiones y esfuerzos que el Estado de México está tomando para controlar efectivamente la epidemia.
- Tras el brote:
 - Posicionar el sistema de salud del Estado de México como modelo a seguir por su cobertura, su competencia, su calidad.

Objetivos específicos

- Acompañar con comunicación y relaciones públicas la estrategia sanitaria.
- Posicionar la estrategia sanitaria del Estado de México como la más adecuada para prevenir y controlar la epidemia.
- Contribuir a posicionar la cobertura y calidad del sistema de salud del Estado de México.
- Prevenir y en su caso responder a la difusión de información incorrecta, fuera de contexto o dolosa.
- Poner en perspectiva y proporción la probabilidad e impacto del virus (mueren más personas por tuberculosis o por VIH que por AH1N1).
- Comunicar de manera efectiva la necesidad de acudir inmediatamente a los servicios de salud en caso de presentar los síntomas.
- Comunicar efectivamente que se cuentan con los recursos suficientes en los hospitales y el personal está capacitado para atender el nuevo brote.
- Comunicar efectivamente las medidas preventivas (uso de gel, tapabocas sólo para enfermos, no saludar de mano y beso).
- Comunicar de manera efectiva los mitos y realidades en torno a la influenza.
- Establecer políticas sobre la información de casos, fallecimientos, medidas a tomarse. De manera que quede claro quién dice qué, cuándo.
- Informar sobre el funcionamiento del Laboratorio para la identificación de casos con el que cuenta el Estado de México.

Públicos objetivo

Sistema de salud estatal

- Trabajadores
- Directivos
- Usuarios del sistema de salud

Gobierno del Estado

- Secretarías de gobierno
- Presidentes Municipales
- Congreso estatal

Medios de comunicación

- Locales
- Diarios Nacionales
 1. El Economista
 2. El Financiero
 3. El Universal
 4. Excélsior
 5. La Jornada
 6. Milenio Diario
 7. Reforma
 8. El Sol de México
- Radio
 1. Noticieros de Imagen 90.5
 2. Noticieros de W Radio 96.9
 3. Emisiones de 88.9 Noticias
 4. Noticieros de Radio Fórmula
 5. Monitor Radio
 6. Enfoque Noticias
 7. Formato 21
 8. RED FM y AM
 9. Programas de entretenimiento
- Televisión
 1. Televisión Mexiquense
 2. Noticieros de Televisa
 1. Primero Noticias- Canal 2
 2. Noticiero con Joaquín López Dóriga- Canal 2
 3. Las Noticias por Adela- Canal 9
 3. Noticieros de TV Azteca
 1. Hechos- Canal 13
 2. Hechos del 7
 4. Once Noticias- Canal 11
 5. Noticieros Canal 40
 6. Noticieros Cadena 3
 7. Programas de círculo verde

- Sitios Internet

Líderes de opinión

- Columnistas
- Editorialistas
- Especialistas médicos

Academia

Sociedad en general

- Residentes del Estado de México
- Población flotante

V. Organización y Logística:

Para fines jurídicos del Instituto de Salud y estructura del mismo, la organización del Consejo Estatal de Seguridad en Salud aplica de la siguiente manera:

Presidenta:

Secretario de Salud

Vicepresidente:

Secretario Técnico:

Subdirector de Epidemiología del Instituto de Salud del Estado de México.

Vocales:

Delegado Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social – Zona Oriente

Delegado Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social – Zona Poniente e IMSS-Oportunidades

Delegado Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Director del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia

Director General del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Secretario de Educación

Director General del Instituto Materno Infantil del Estado de México

Este comité deberá sesionar al menos 3 ocasiones al año y su convocatoria a través del secretariado técnico del Consejo de Salud del Estado de México

Las funciones de este Consejo Estatal son:

- I. Definir y evaluar, las políticas, estrategias y acciones para la seguridad en salud, de conformidad con las disposiciones legales aplicables;
- II. Proponer las medidas necesarias para la correcta instrumentación de las acciones para la seguridad en salud, así como para subsanar las eventuales deficiencias que surjan en el proceso;
- III. Promover que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como con los insumos necesarios para realizar las acciones para la seguridad en salud;
- IV. Coadyuvar en la operación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica;
- V. Evaluar y, en su caso, proponer adecuaciones al Sistema de Seguridad Estatal;
- VI. Fomentar la coordinación de las instituciones y organismos que integren el Comité, con el propósito de homogeneizar y racionalizar las acciones que éstos desarrollen y que se relacionen con la seguridad en salud;
- VII. Impulsar el desarrollo humano del personal que intervenga en las estrategias y acciones para la seguridad en salud, para lo cual se considerará, entre otros, la capacitación técnica;
- VIII. Promover el desarrollo de campañas en apoyo a las actividades para la seguridad en salud;
- IX. Vigilar que se establezcan los mecanismos suficientes para garantizar la calidad de todas las acciones para la seguridad en salud, así como evaluarlos;
- X. Inducir la colaboración y coordinación entre las dependencias y entidades de la administración pública federal y entre las autoridades federales y los gobiernos de las entidades federativas, así como promover la concertación con los sectores social y privado para la instrumentación de las acciones para la seguridad en salud, de conformidad con las disposiciones legales aplicables;
- XI. Proponer la cooperación con organismos y agencias internacionales para el desarrollo de investigaciones para la seguridad en salud;
- XII. Gestionar ante instancias públicas y privadas apoyo para la adecuada operación de las acciones para la seguridad en salud;
- XIII. Promover la realización de actividades educativas, de investigación y de promoción de la salud relacionadas con la seguridad en salud;
- XIV. Recomendar proyectos de investigación en la materia de su competencia;
- XV. Difundir las actividades del Comité, así como los avances científicos y tecnológicos que se relacionen con las actividades en materia de la seguridad en salud;
- XVI. Sugerir modificaciones a las disposiciones jurídicas vigentes que se relacionen con la seguridad en salud.

VI. Recursos operación:

- Protección personal: incluye cubre bocas (8,558,950 piezas); mascarillas N95 (200,516 piezas); goggles (36,000 piezas); Trajes tyvex (26,550 piezas); Batas desechables (36,000 piezas); cubre zapatos (36,000 piezas); Guantes (3,000 piezas).
- Insumos de higiene personal: Jabón liquido (4,480 litros); Alcohol en gel (18,580 litros); Alcohol gel para áreas críticas (3,360 litros); Toallas sanitas (8,020 paquetes).
- Insumos de limpieza: Jabón ortoaftaldehido (600 litros); Kit de amortajamiento (65 kits).
- Laboratorio: Medios de transporte viral (7,300 piezas).
- Antivirales: Ozeltamivir (5,000 cajas de capsulas de 75 mgr); Ozeltamivir (1,000 cajas de capsulas de 45 mgr).

VII. Supervisión y Control:

- Los mecanismos establecidos para el seguimiento de este Plan Operativo se realizarán a través de las propias jurisdicciones sanitarias con sus equipos de supevisión con una guía estandarizada para todas y cada una de las instituciones del sector.
- Con los apoyos creados por las Unidades de Calidad se establecerán esquemas de participación ciudadana como pueden ser las Sociedades de Padres de Familia, Organizaciones de la Sociedad Civil identificadas en los distintos municipios del estado.
- La evaluación se establece quincenalmente de acuerdo a los indicadores de proceso que en cada uno de las estrategias planteadas en este Plan son desarrolladas.
- Durante las sesiones generales del Consejo estatal de Seguridad en Salud se establecerán mecanismos de supervisión, control y seguimiento del Plan Operativo.

VIII. Productos Esperados:

- Mantener una organización y coordinación eficiente
- 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
- Garantizar la calidad de la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio
- Establecer una red social de participación ciudadana y municipal con movilización de recursos
- Disponer de información integrada para la rendición de cuentas y seguimiento del gasto

