





UNIVERSIDAD PANAMERICANA

---

---

MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA SEP

REGISTRO DE VALIDEZ OFICIAL REVOE 974028

“Delegación Sur del D.F. del I.M.S.S. La comunicación interna durante la crisis de la influenza”

C            A            S            O  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRA EN COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL**  
P   R   E   S   E   N   T   A:  
LIC. CAROLINA GARCÍA BUENO TRUJILLO

ASESOR: MTRO. ÍÑIGO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

# ÍNDICE

<b>Párrafo inicial</b> .....	<u>2</u>
------------------------------	----------

## **Antecedentes**

La pandemia de la influenza .....	<u>3</u>
Inicia el brote de la influenza tipo A (H1N1) en México .....	<u>4</u>
La delegación Sur del D.F. del I.M.S.S. ante la contingencia .....	<u>4</u>
Continuidad a los servicios de salud .....	<u>5</u>
El papel de la comunicación en la Delegación Sur del D.F. del I.M.S.S. ....	<u>6</u>

## **Soluciones**

Comunicación en crisis, anticiparse a ella .....	<u>11</u>
--	-----------

<b>Conclusiones</b> .....	<u>18</u>
---------------------------	-----------

<b>Bibliografía</b> .....	<u>19</u>
---------------------------	-----------

## **Anexos**

Anexo 1 La influenza tipo A .....	<u>21</u>
Anexo 2 Fase actual de alerta de pandemia según la OMS .....	<u>22</u>
Anexo 3 Manual otorgado al personal médico del IMSS durante las primeras semanas de la epidemia .....	<u>23</u>

Ante el anuncio del Ejecutivo Federal, previo informe de la Secretaría de Salud de la presencia de un virus desconocido a nivel mundial, que posteriormente se denominó erróneamente Influenza Porcina, en el ámbito interno de la Delegación Sur del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), se presentó un vacío de información al respecto, lo cual provocó que todos los trabajadores adscritos a la misma manifestaran desconcierto y temor ante la falta de información y de prevención de la pandemia<sup>1</sup>.

Desde las primeras horas del 24 de abril de 2009 la incertidumbre se apoderó de los trabajadores de las Unidades Médicas y no Médicas de la Delegación Sur del Distrito Federal, la noche anterior en cadena nacional, el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, anunció la suspensión de clases en todos los niveles educativos de la capital del país y del Estado de México, y que la cifra de muertos por el virus era de 20, de los cuales 13 se localizaban en el Distrito Federal. El panorama era desconcertante y uno de los principales focos rojos era que no existía información para tranquilizar al personal, o hacerle sentir que las autoridades sanitarias tenían conocimiento pleno de la problemática que se tenía en el país y a lo que se enfrentó principalmente el Seguro Social.

---

<sup>1</sup>Para esta fecha ya se hablaba de pandemia, al presentarse casos de infección en México, Estados Unidos y Canadá.

## **ANTECEDENTES**

### **La pandemia de influenza**

La pandemia de influenza (véase anexo 1) ocurrió a causa de la aparición de nuevos virus de influenza tipo A, nunca antes expuesto para el ser humano. La posibilidad de presentarse una pandemia de influenza fue un riesgo que se había establecido en organismos gubernamentales e internacionales desde 1997, cuando apareció la mutación del virus AH5N1 (exclusivo de las aves) en Hong Kong, mejor conocida como gripe aviar y en donde se presentaron 18 casos en humanos, quienes habían contraído el virus en mercados de venta de aves.

Desde entonces la comunidad científica coincidió que en el siglo XXI se presentaría una pandemia de influenza ya que esta había ido mutando y adquiriendo la facultad de transmitirse de una especie a otra y de transportarse de un Continente a otro en menos de 24 horas, lo cual daría paso a la transmisión del virus rápidamente y serias consecuencias socioeconómicas, llegando incluso a provocar el cierre de escuelas, plantas e industrias, así como la escasez de insumos.

El 30 de abril de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió denominarla gripe A (H1N1). El origen de la infección fue una variante de la cepa H1N1, con material genético

proveniente de una cepa aviaria, dos cepas porcinas y una humana que sufrió una mutación y dio un salto entre especies, de los cerdos a los humanos y contagiándose de persona a persona.

### **Inicia el brote de la influenza tipo A (H1N1) en México**

A comienzos de marzo de 2009, una gripe que derivó en casos con problemas respiratorios afectó al 60 por ciento de los residentes de La Gloria, Veracruz, México, localizada cerca de una granja de cerdos que criaba anualmente alrededor de un millón de estos animales.

Las autoridades mexicanas atribuyeron este aumento a una gripe de temporada tardía, los primeros casos diagnosticados como influenza tipo A (H1N1) en México se detectaron en abril en el estado de Veracruz. Al mes se extendió por varios estados de México, Estados Unidos y Canadá, para exportarse a partir de entonces, con aparición de numerosos casos en otros países en donde los pacientes habían viajado a la Unión Americana y nuestro país.

### **La Delegación Sur del D.F. del I.M.S.S. ante la contingencia**

Las autoridades del Sector Salud hasta ese viernes no habían comunicado al Instituto Mexicano del Seguro Social el manejo que se le iba dar a la contingencia que se vivió en el país, por lo tanto la

Delegación Sur del D.F. se encontró sin un plan de crisis que indicara exactamente como se tenía que actuar ante la problemática, pese a que sabían que se podría presentar en algún momento, nunca se hizo la preparación adecuada para actuar al respecto.

El personal médico que laboraba en las Unidades Médicas, manifestó su inconformidad con las autoridades de cada hospital, exigieron equipo adecuado y material básico de higiene para protegerse ante el posible contagio. Por otro lado estaba el personal no médico – administrativo- que también sentía temor por la alerta que se vivía en el Distrito Federal. A eso se le agregó que en el Instituto Mexicano del Seguro Social se tienen dos tipos de trabajadores, los de confianza y los de base, por lo que las autoridades delegacionales se estaban enfrentando a un problema con los trabajadores y con el Sindicato.

Ese mismo día, el titular de la Delegación giró la instrucción que debían hacer guardias durante el fin de semana todos los trabajadores de confianza, para hacer frente a la contingencia sanitaria.

### **Continuidad a los servicios de salud**

Como parte de la estrategia para hacer frente a la contingencia, se tomaron medidas para enfrentar el incremento en la demanda de

los servicios médicos, se activó un proceso para realizar compras adicionales de medicamentos y materiales de curación que ante la emergencia fueron realizados por encima de los consumos promedio mensuales.

Las Unidades Médicas se aseguraron de contar con los tratamientos antivirales Oseltamivir y Zanamivir, efectivos contra la influenza A (H1N1). Se adquirieron cerca de 475 mil tratamientos a nivel nacional. Para fortalecer la capacidad de respuesta en toda la República, se tomaron medidas para que cada Delegación y Unidad Médica contara con recursos humanos, equipo médico y material necesario para atender la contingencia, distribuyeron más de 1.1 millones de cubrebocas de tipo N95 y cerca de 12.5 millones convencionales. Acorde con las recomendaciones de las instituciones internacionales de salud, se buscó proteger de inmediato al personal médico, con acciones como aplicar la vacuna estacional prácticamente al 100 por ciento del personal vinculado a la labor médica.

### **El papel de la comunicación en la Delegación Sur del D.F. del I.M.S.S.**

La Coordinación de Comunicación Social de la Delegación Sur del D.F., se puso en contacto con la Coordinación General de Comunicación Social del I.M.S.S., para obtener material de difusión que pudiera ser de ayuda tanto para el trabajador como

para el derechohabiente, pero ellos estaban esperando la instrucción de la Secretaría de Salud, y ésta a su vez esperaba línea por parte de la Presidencia de la República.

Pasó una semana y la OMS declaraba las fases en las que evolucionaba la pandemia (véase anexo 2), las acciones por parte de la Coordinación de Comunicación Social, no se podían hacer esperar, ya que conforme empeoraba la crisis, los trabajadores exigían mayor atención a sus peticiones de seguridad e higiene.

Finalmente, las indicaciones por parte de la Secretaría de Salud fueron recibidas. La línea a seguir era informar a todo el público sobre las medidas preventivas y síntomas de la influenza, al interior del I.M.S.S., como primera medida se difundió al personal médico de todo el país material informativo relacionado con el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad (véase anexo 3). Así mismo, se desarrolló un folleto informativo para orientar a la población de las medidas preventivas y síntomas del nuevo virus. De igual forma, se estableció un sistema de flujo de información en un marco de transparencia y objetividad, con el fin de orientar correctamente a la población sobre las acciones a seguir durante la contingencia.

Como soporte el Centro Nacional de Atención Telefónica brindó apoyo sobre la pandemia. Se capacitó a 60 enfermeras que coadyuvaron en dar respuesta a cerca de 4 millones de llamadas,

además de que daban la ubicación de la Unidad Médica más cercana a su domicilio, entre otras dudas.

Desde las oficinas centrales, se llevaron a cabo diariamente tres videoconferencias, en promedio, en conjunto con el cuerpo directivo del I.M.S.S., con las Delegaciones y con los Directores de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, a fin de llevar un seguimiento puntual de la evolución de la epidemia, así como de las medidas de contención de la misma.

Con el objetivo de dar una respuesta oportuna y eficaz, desde el inicio se formó un grupo de reacción inmediata para la detección y resolución de las quejas, denuncias y rumores que se pudieran presentar tanto en los medios de comunicación, como por los mecanismos institucionales. Esta iniciativa permitió agilizar la atención médica, así como detectar casos de servicio deficiente y proceder a su investigación y, en su caso, a la sanción correspondiente. Las quejas analizadas por este grupo fueron conducidas de manera personalizada. Las quejas fueron atendidas por personal administrativo y médico, en los casos que fue necesario.

Las autoridades de la Delegación Sur del D.F., para reforzar la comunicación interna, instalaron 11 módulos de orientación al personal médico y no médico, en ellos se brindó información verbal e impresa sobre las medidas de higiene y de prevención para

evitar posibles contagios y, en caso necesario, la canalización del personal al área médica para su atención, aplicación de vacuna o prueba de detección rápida. Lo anterior con la finalidad de facilitar la salvaguarda de la salud de los trabajadores del I.M.S.S. que laboraron durante la contingencia.

Es importante mencionar que el personal que no tenía relación con los servicios médicos, dejaron de laborar durante la contingencia, por órdenes de la Dirección General del I.M.S.S., tal fue el caso de guarderías, áreas en materia de incorporación y recaudación del seguro social, centros deportivos y centros de seguridad social.

Como resultado se detectó un problema de comunicación interna efectiva con todo el personal que laboraba en la Delegación Sur del D.F., ya que las medidas tomadas para la protección de un posible contagio del virus, se previeron solo para médicos y enfermeras, y nunca se tomó en cuenta a todo el personal que comprende el Instituto, como asistentes médicas, nutricionistas, camilleros, intendencia y personal administrativo en general, que también estaban expuestos directamente a contraer el virus. El escenario para el I.M.S.S. y en el caso específico de la Delegación Sur del D.F. fue: un mal clima laboral, es decir, personal inconforme con las medidas de seguridad e higiene, falta de compromiso hacia la contingencia sanitaria, ausentismo que provocó déficit en la atención de pacientes, pánico entre trabajadores y rumores, por mencionar algunos.

El manual que se difundió en el I.M.S.S. no logró el objetivo de crear una comunicación efectiva ya que solo cubría al área médica, los pasos a seguir en caso de presentarse un paciente con el probable contagio, este manual careció de estrategias y medidas para informar al personal médico, no médico y derechohabientes. También se observó una saturación de información ya que el I.M.S.S. recibía lineamientos de la Secretaria de Salud, lo que provocó confusión en la información establecida en el manual.

## Soluciones

### Comunicación en crisis, anticiparse a ella

La comunicación a los públicos internos de una organización en la época de crisis se refiere a los daños que se pueden causar a la reputación de la organización<sup>2</sup>.

Este análisis se enfocará a los públicos internos ya que si se implementó una estrategia para los medios de comunicación masiva; recordando primero que son la imagen de la Institución ante los públicos externos y segundo porque existe una responsabilidad mayor de mantener bien informados a los públicos internos para que puedan brindar un servicio adecuado a la población derechohabiente en este tipo de situaciones.

Es necesario enfocar la comunicación interna dirigida al personal médico y no médico de la Delegación Sur del D.F. del IMSS, ante la posible reincidencia de una pandemia mediante un plan de comunicación en crisis de acuerdo a Barton (2001), se toma en cuenta los siguientes puntos:

1. Comunicar extensiva y frecuentemente.
2. Decir la realidad sin datos innecesarios.

---

<sup>2</sup> Ruff, Peter y Aziz, Khalid , "Managing Communications in a Crisis" (Ashgate Publishing, Limited, 2004), 193 págs

3. Dar primero la información más precisa y directa.
4. No delegar el problema y si es necesario hablar en privado.
5. Da tiempo a reaccionar, no dar el mensaje a última hora.
6. Mensaje del CEO<sup>3</sup>.

Con base en lo anterior propongo:

- Crear canales de comunicación actualizados con datos, medidas y estadísticas, conforme la epidemia transcurra.
- Para no crear pánico o rumores se debe dar información necesaria dependiendo de las jerarquías, sin omitir ni exagerar información, es decir, no se da la misma información al Director de un hospital que a un trabajador de intendencia.
- La responsabilidad del I.M.S.S. es mantener a todo el personal informado de la situación que se vive, asegurar que llegue a cada uno dependiendo de las funciones que desempeña con una comunicación más adecuada, como se explicará adelante.  
Es necesario que cada trabajador este consiente de sus obligaciones ante la contingencia, y realizar su función sin esperar a que alguien más la realice por él, mantener la información entre los involucrados de cada situación.

---

<sup>3</sup> Barton, Laurence "Crisis in a organization II" (Cincinnati, Ohio : South-Western College Pub., 2001), 287 págs

- La mejor forma de crear confianza y lealtad dentro del I.M.S.S. se logra mediante el aviso oportuno de la situación que se vive por parte de la máxima autoridad.
- De acuerdo al punto anterior, quien debe dar el mensaje es el titular de la Delegación Sur del D.F. del I.M.S.S.

La comunicación en crisis en el ámbito de la gestión de la Comunicación es uno de los programas más utilizado por dos razones, porque afecta a la totalidad de la empresa en el clima laboral y la segunda tiene que ver con los aspectos de la gestión comunicativa, es decir, que tiene que estar prevista, al menos en sus efectos iniciales y en que será necesario para su administración<sup>4</sup>.

Desde un criterio funcional en cuanto a las acciones que deben llevarse a cabo para gestionar una crisis, están presente cuatro etapas: la identificación, el enfrentamiento y comunicación de la crisis, identificación de las etapas en las que se desenvuelve la crisis delimitada por los públicos y la post crisis.

Muchas crisis se resuelven o se agravan comunicativamente, entendiendo que por debajo de la acción comunicativa se produce otro tipo de comportamiento laboral. En la naturaleza de este tipo

---

<sup>4</sup>Friesleben Goff, Christine, "El proceso de las Relaciones Públicas" (México, Publigráficos, 1995), 305 págs

de comunicación se puede contemplar cuatro principios específicos:

1. La anticipación, que exige disponer de un plan ante la probable crisis y una actitud por parte de la empresa de prevención.
2. Agilidad, es decir, una vez declarada la crisis, la respuesta a la misma debe ser inmediata.
3. La calidad informativa, exigible en cualquier programa de comunicación institucional.
4. La veracidad, es otro, de los principios incuestionables de la Comunicación Institucional y de crisis, en la cual se explica el hecho de reservar información concreta en momentos determinados<sup>5</sup>.

La Delegación Sur del D.F. del I.M.S.S. no estaba preparada en ninguna forma para enfrentar a los diversos grupos de trabajadores que estaban laborando bajo condiciones de alerta sanitaria, aunque sí para atender a los medios de comunicación, por lo que era necesario que se tuviera un manual de crisis el cual permitiera anticiparse a la crisis y así mantener el mejor clima laboral posible.

Ante la falta de un plan de crisis se sugieren las siguientes acciones que pudieron haberse utilizado y que pueden servir para

---

<sup>5</sup>Consultado en el curso en línea de Fedullo Torres, María Eugenia "Comunicación en una crisis" (<http://www.mailxmail.com/curso-comunicacion.crisis>)

comunicar futuras crisis pandémicas:

La elaboración de un plan de crisis ante la contingencia sanitaria de la influenza en cualquiera de sus mutaciones para futuros casos, obligando con esto a la Delegación Sur del D.F. del I.M.S.S. a estar preparada para lidiar con los diferentes grupos de trabajadores.

De acuerdo a la teoría anteriormente expuesta y para elaborar el manual de crisis es necesario tomar en cuenta los siguientes objetivos:

- **El conocimiento de la percepción del riesgo por la población objetivo.**

Las necesidades de información y comunicación de diversos grupos y sectores frente a la pandemia son diferentes, por lo que las autoridades delegacionales deben de identificar a los grupos clave en dos: el personal médico y el personal no médico tanto de base como de confianza, agrupar de acuerdo a sus intereses y atribuciones, segmentar las audiencias, cuidando mantener una misma línea de información. Evaluar la manera en la que el personal percibe y recibe la información en base a conocimientos previos y a la confianza que se tiene a las autoridades delegacionales.

- **Manejo de la incertidumbre y minimización de la especulación.**

Generar información con mensajes que tengan impacto en el cambio de comportamiento y en la capacidad de respuesta para los dos tipos de grupos de trabajadores, tomando en cuenta la percepción sobre el riesgo de la pandemia, el conocimiento y comportamiento actual y la información técnica sobre el tema. Todos los mensajes que se elaboren deberán mantener una misma línea de información para todos los grupos de trabajadores, sin embargo, lo que cambiará será el nivel de profundidad, el lenguaje utilizado y la forma de presentarla a cada grupo.

- **Crear confianza y credibilidad en el emisor entre los grupos de trabajadores.**

Crear esquema de participación social, entre los dos grupos de trabajadores, con la finalidad de elaborar de manera consensuada y de acuerdo a los niveles de responsabilidad, competencias, y recursos. Estos eventos permiten acercamiento a todos los grupos con la finalidad de conocer las preocupaciones y cuestionamientos permitiendo diálogos que generen un sentido de corresponsabilidad e incluir al personal en la toma de decisiones.

No olvidar que para que el trabajador se sienta protegido por las autoridades, será necesario repartir material informativo y material básico de higiene, como los cubre bocas y gel antibacterial.

- **Alertar para la acción en vez de alarmar.**

Capacitar al personal médico y grupos voluntarios (integrados por personal no médico) es un punto importante ya que fortalece la respuesta ante una probable pandemia, se plantea realizar eventos de capacitación previos, como congresos, foros o conferencias relacionados al tema.

- **Evaluación orientada a su funcionalidad.**

Uno de los principales riesgos de las pandemias de influenza es que se presentan en oleadas, por ello se deberá hacer una evaluación detallada de las acciones que se realizan, lo que permitirá reorientar las acciones o fortalecerlas, según sea necesario. Para evaluar los cambios de actitudes y la modificación de hábitos, se sugiere aplicar encuestas, cabe señalar que los cambios de actitudes y hábitos en una persona son procesos personales que requieren de tiempo, y es probable no observar resultados a corto plazo.

Las bases de este manual están en ser anticipatorio, secuencial, segmentado por grupos y evaluado. En dónde se prevén los escenarios para las fases de la pandemia, así como las diferentes actividades que llevarán a cabo todos aquellos grupos que se vean afectados.

## Conclusiones

1. El Instituto Mexicano del Seguro Social al ser la institución de seguridad social más importante del país y de Latinoamérica siempre está expuesta a vivir comunicación en crisis de diferente índole en especial a los asuntos de salud, por lo tanto, es necesaria la creación de un manual de crisis que identifique las causas y los riesgos potenciales ante una pandemia, establecer y jerarquizar las responsabilidades, evaluar los probables daños y las consecuencias que esto conlleva, evitar rumores entre trabajadores y definir mensajes claves que sean acorde en forma y tiempo para saber cómo afrontar las contingencias que se presenten.
2. También es importante la creación de un Comité Institucional de Comunicación en Crisis, el cual debe estar integrado por autoridades del Instituto y del Sindicato para que éste en caso de presentarse una contingencia realice un diagnóstico dónde analicen las Fuerzas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas que se lleguen a presentar.
3. Este manual puede ser de utilidad como guía para las diferentes delegaciones del I.M.S.S. en la República Mexicana, y otras instituciones de salud como la Secretaría de Salud, el Seguro Popular y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como las instituciones privadas del sector salud a nivel nacional.

## Bibliografía

RUFF, Peter y Aziz, Khalid , “Managing Communications in a Crisis”, (Ashgate Publishing, Limited, 2004).

BARTON, Laurence "Crisis in a organization II" (Cincinnati, Ohio : South-Western College Pub., 2001).

BARTON, Laurence "Crisis Leadership Now : A Real-World Guide to Preparing for Threats, Disaster, Sabotage, and Scandal", (McGraw-Hill Companies, 2007)

FRIESLEBEN Goff, Christine, “El proceso de las Relaciones Públicas”, (México, Publigráficos, 1995).

BARQUERO, Cabrero José Daniel: “Manual de las Relaciones Públicas, comunicación y Publicidad”, (Gestión 2007).

LLANO, Carlos: “La enseñanza de la dirección y método del caso”, (IPADE 1996).

DEPARTMENT OF LABOR UNITED STATES OF AMERICA: “Guidance on: Preparing workplaces for an influenza pandemic”; Occupational safety and health administration, (USA 2009).

FEDULLO, Torres, María Eugenia, “Comunicación en una crisis”, (<http://mailxmail.com/curso-comunicacion.crisis>, Enero 2010, capítulo II).

## **Fuentes**

Reporte etapas de la pandemia e información de la influenza, de la World Health Organization, Enero 2010, consultado en:

<http://who.int/csr/resources/>

Manual para el personal médico otorgado durante la epidemia de la Secretaría de Salud, Enero 2010, consultado en:

<http://salud.gob.mx>

Informe de labores durante la pandemia de influenza A (H1N1), Enero 2010, consultado en: <http://imss.gob.mx>

## Anexo 1

### La influenza tipo A

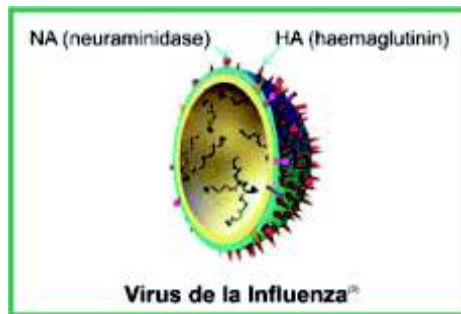
#### Virus de la Influenza

El virus de la influenza es un virus que se clasifica en 3 tipos A, B y C.

Los tres tipos tienen la capacidad de infectar a humanos causando infecciones respiratorias pero solo el tipo A es de relevancia porque puede derivar en pandemias (infecciones generalizadas a nivel mundial).

#### Influenza tipo A

Se subclasifica según las proteínas de su superficie hemaglutinina (H), con 16 tipos y neuraminidasa (N) con 9 tipos. Los diferentes subtipos son los que definen el grado de patogenicidad (peligrosidad) del virus.



Fuente: [www.who.int/csr/disease/](http://www.who.int/csr/disease/)

## Anexo 2

02/05/2009



### Fase actual de alerta de pandemia según la OMS

Fase actual de alerta en el plan de preparación ante una pandemia de gripe, según la OMS

En la revisión de 2009 de las descripciones de las fases, la OMS ha mantenido la estructuración en seis fases para facilitar la incorporación de nuevas recomendaciones y enfoques a los planes nacionales de preparación y respuesta existentes. Se han revisado la estructuración y la descripción de las fases de pandemia para facilitar su comprensión, aumentar su precisión y basarlas en fenómenos observables. Las fases 1 a 3 se corresponden con la preparación, en la que se incluyen las actividades de desarrollo de la capacidad y planificación de la respuesta, mientras que las fases 4 a 6 señalan claramente la necesidad de medidas de respuesta y mitigación. Además se han elaborado mejor los periodos posteriores a la primera ola pandémica para facilitar las actividades de recuperación pospandémica.

En la actualidad nos encontramos en la fase 5 de alerta de pandemia .

En la naturaleza, los virus gripales circulan continuamente entre los animales, sobre todo entre las aves. Aunque en teoría esos virus podrían convertirse en virus pandémicos, en la fase 1 no hay entre los animales virus circulantes que hayan causado infecciones humanas.

La fase 2 se caracteriza por la circulación entre los animales domésticos o salvajes de un virus gripal animal que ha causado infecciones humanas, por lo que se considera una posible amenaza de pandemia.

La fase 3 se caracteriza por la existencia de un virus gripal animal o un virus reagrupado humano-animal que ha causado casos esporádicos o pequeños conglomerados de casos humanos, pero no ha ocasionado una transmisión de persona a persona suficiente para mantener brotes a nivel comunitario. La transmisión limitada de persona a persona puede producirse en algunas circunstancias como, por ejemplo, cuando hay un contacto íntimo entre una persona infectada y un cuidador que carezca de protección. Sin embargo, la transmisión limitada en estas circunstancias restringidas no indica que el virus haya adquirido el nivel de transmisibilidad de persona a persona necesario para causar una pandemia.

La fase 4 se caracteriza por la transmisión comprobada de persona a persona de un virus animal o un virus reagrupado humano-animal capaz de causar "brotes a nivel comunitario". La capacidad de causar brotes sostenidos en una comunidad señala un importante aumento del riesgo de pandemia. Todo país que sospeche o haya comprobado un evento de este tipo debe consultar urgentemente con la OMS a fin de que se pueda realizar una evaluación conjunta de la situación y el país afectado pueda decidir si se justifica la puesta en marcha de una operación de contención rápida de la pandemia. La fase 4 señala un importante aumento del riesgo de pandemia, pero no significa necesariamente que se vaya a producir una pandemia.

La fase 5 se caracteriza por la propagación del virus de persona a persona al menos en dos países de una región de la OMS. Aunque la mayoría de los países no estarán afectados en esta fase, la declaración de la fase 5 es un indicio claro de la inminencia de una pandemia y de que queda poco tiempo para organizar, comunicar y poner en práctica las medidas de mitigación planificadas.

La fase 6, es decir la fase pandémica, se caracteriza por los criterios que definen la fase 5, acompañados de la aparición de brotes comunitarios en al menos un tercer país de una región distinta. La declaración de esta fase indica que está en marcha una pandemia mundial.

En el periodo posterior al de máxima actividad , la intensidad de la pandemia en la mayoría de los países con una vigilancia adecuada habrá disminuido por debajo de la observada en el momento álgido. En este periodo, la pandemia parece remitir; sin embargo, no pueden descartarse nuevas oleadas, y los países han de estar preparados para una segunda ola.

Las pandemias anteriores se han caracterizado por oleadas de actividad repartidas durante varios meses. Cuando el número de casos disminuye, se requiere una gran habilidad comunicadora para compaginar esa información con la advertencia de que puede producirse otro ataque. Las olas pandémicas pueden sucederse a intervalos de meses, y cualquier señal de "relajación" puede resultar prematura.

**Fuente:** [www.who.int/csr/disease/](http://www.who.int/csr/disease/)

SALUD



SECRETARÍA  
DE SALUD

## Guía de Manejo Clínico de Influenza A(H1N1)

Temporada Otoño-Invierno 2009

Fecha de actualización:  
23 de octubre de 2009

### OBJETIVO DE ESTA GUÍA

Proporcionar información básica al personal de salud que labora en unidades de atención médica sobre los riesgos y medidas para prevenir y atender la transmisión de influenza en el país

### CONTENIDO

1. La influenza y sus características
  2. Grupos poblacionales de alto riesgo
  3. ¿Cómo reconocer a un enfermo grave para referirlo al hospital?
  4. Acciones básicas en unidades de atención médica
  5. Recomendaciones en grupos específicos
  6. Recomendaciones generales
- @ Sitios para consultar información

## I. La influenza y sus características

### ¿Qué es la influenza?

Es una enfermedad respiratoria aguda causada por alguno de los tres tipos de virus de la influenza que se conocen: A, B o C. El tipo A se subclasifica según sus proteínas de superficie: hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N), de las cuales depende su capacidad para provocar formas graves del padecimiento.

Nombre: Virus de la influenza

Tipo: A, B o C.

Subtipo: el tipo A puede presentarse hasta en 144 combinaciones, desde H1N1 hasta H16N9, ya que se han detectado 16 hemaglutininas (H) y 9 neuraminidasas (N).

Desde el punto de vista de la salud pública, el de mayor importancia es el virus de la influenza tipo A, que tiene la capacidad de infectar a humanos y algunas especies de animales tales como aves y cerdos, entre otros. La epidemia actual está relacionada a un nuevo virus identificado como influenza tipo A(H1N1) (antes de origen porcino).

### Definición

**Caso sospechoso de influenza:** Persona de cualquier edad que presenta fiebre con tos o dolor de garganta. Puede acompañarse de uno o más de los siguientes signos o síntomas: cefalea, rinorrea, coriza, artralgias, mialgias, postración, dolor torácico, dolor abdominal, congestión nasal. En menores de cinco años de edad, la irritabilidad se considera como un signo cardinal, en sustitución del dolor de garganta.

### ⊕ CUADRO I. CARACTERÍSTICAS DE LA INFLUENZA

<b>Transmisión</b>	De humano a humano	<b>Prevención</b>	Evitar contacto con personas enfermas Lavado de manos y otras medidas básicas de higiene
<b>Medios de contagio</b>	Contacto con gotitas de saliva (al toser o estornudar) o con superficies y materiales contaminados; incluyen las manos y los juguetes	<b>Vacuna</b>	Vacuna monovalente A(H1N1) 2009-2010
<b>Signos y síntomas</b>	Fiebre mayor de 38 grados, tos, cefalea, dolor muscular y de articulaciones, escurrimiento nasal, ardor y dolor en la garganta y malestar general; pueden presentarse diarrea, vómito o rechazo del alimento		
<b>Manejo</b>	Sintomáticos y reposo		

2

## 2. Grupos poblacionales de alto riesgo

↻ CUADRO 2. GRUPOS POBLACIONALES DE ALTO RIESGO DE SUFRIR COMPLICACIONES

Característica	Grupos
Edad	>60 años <2 años
Enfermedad crónica o debilitante	Cardiopatías (excepto hipertensión arterial aislada) Enfermedad respiratoria crónica (incluye asma) Diabetes mellitus Obesidad mórbida Cáncer Condiciones con depresión inmunológica, enfermedad renal crónica
Otras condiciones	Embarazo y primeros 6 meses postparto Personas con difícil acceso a los servicios de salud Pacientes que acuden a una segunda consulta por deterioro o sin mejoría clínica

## 3. ¿Cómo reconocer a un enfermo grave para referirlo al hospital?

↻ CUADRO 3. DATOS DE ALARMA

Los enfermos graves se reconocen por fiebre alta persistente y alguno de los siguientes datos de alarma:



3

## 4. Acciones básicas en unidades de atención médica

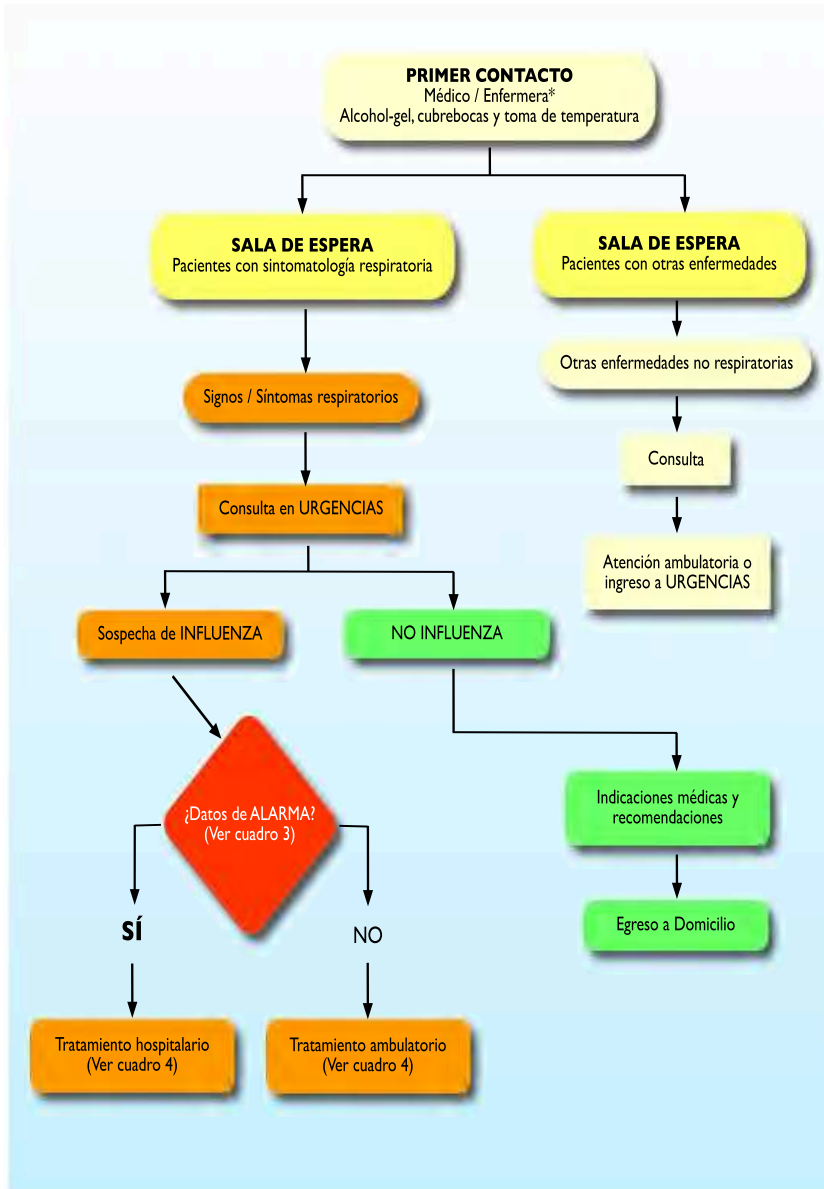
➔ CUADRO 4. ESCALA DE TRIAGE\*

Tipo de paciente	Referencia	Tratamiento
Sintomatología respiratoria no compatible con influenza	Domicilio, con listado de datos de alarma (Cuadro 3)	Sintomático** Control de infecciones
Caso sospechoso de influenza por definición operacional. <b>Sin</b> condiciones de alto riesgo (Cuadro 2)	Aislamiento domiciliario estricto, con listado de datos de alarma (Cuadro 3)	Control de infecciones y observación
Caso sospechoso de influenza por definición operacional. <b>Con</b> alguna de las condiciones de alto riesgo (Cuadro 2). Sin datos de alarma (Cuadro 3).	Aislamiento domiciliario estricto, con listado de datos de alarma (Cuadro 3), con indicaciones para reevaluar al día siguiente si fuera necesario	Antiviral (Oseltamivir o Zanamivir) Sintomático**
Caso sospechoso de influenza por definición operacional, con enfermedad crónica descompensada y/o complicaciones pulmonares con datos de alarma (Cuadro 3)	Unidad médica hospitalaria con aislamiento estándar, precauciones de gotas y de contacto	Compensación de enfermedad crónica, manejo de complicaciones y tratamiento antiviral (oseltamivir o zanamivir)

\*TRIAGE es un método de clasificación inicial de pacientes, para establecer la prioridad con que requieren ser atendidos

\*\*No administrar ASPIRINA (ácido acetil-salicílico) ni salicilato de bismuto a niños o adolescentes, porque se puede causar una enfermedad llamada Síndrome de Reye (insuficiencia hepática y encefalopatía).

FIGURA 1. TAMIZAJE DE PACIENTES A SU LLEGADA AL SERVICIO MÉDICO



\*Separar las áreas de atención de pacientes desde el ingreso. Un solo acompañante por paciente

FIGURA 2. PROCESO DE ATENCIÓN ANTE UN CASO PROBABLE / CONFIRMADO DE INFLUENZA

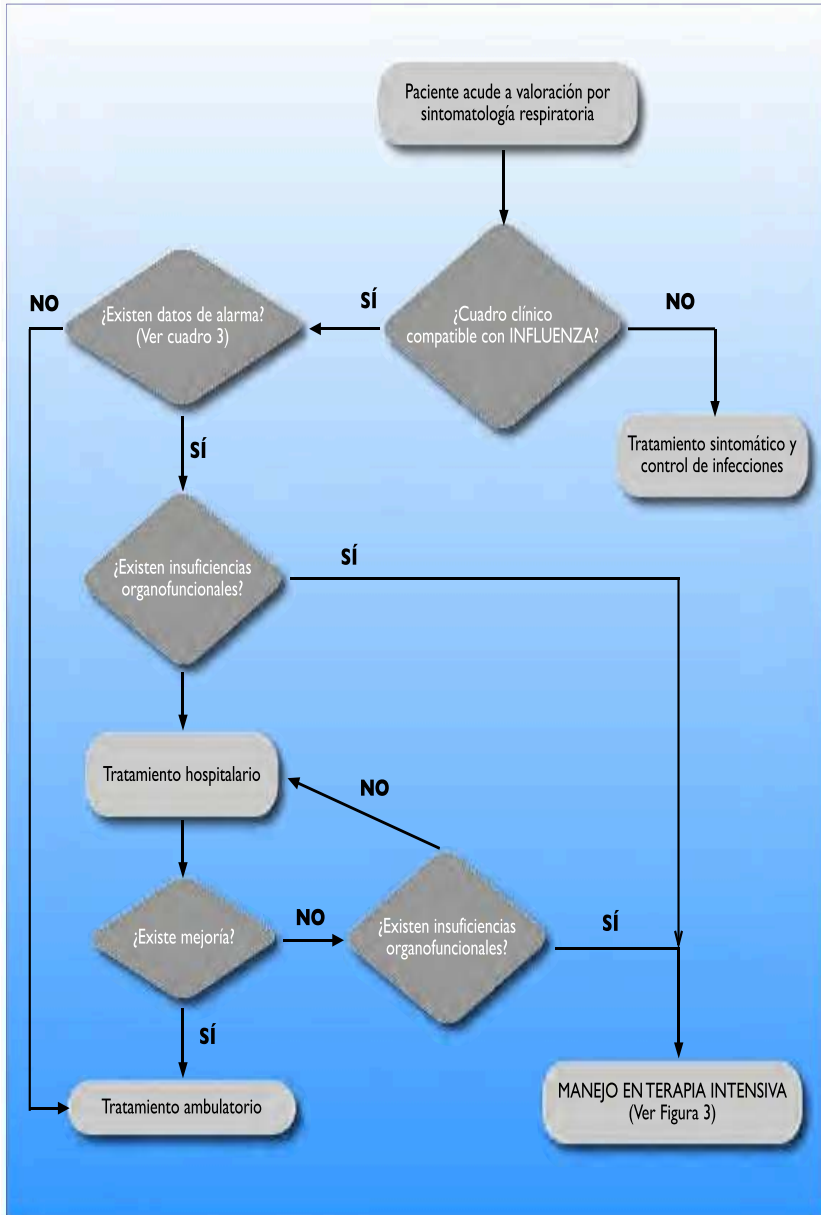
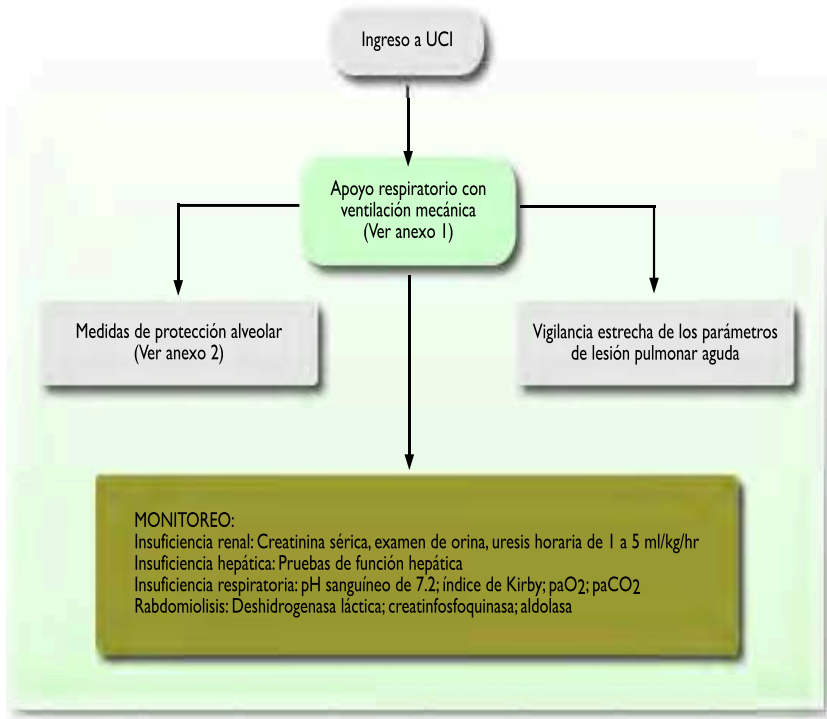


FIGURA 3. MANEJO INICIAL DEL PACIENTE ADULTO CON INFLUENZA GRAVE, EN LA **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**



**ANEXO I**

- Criterios de lesión pulmonar aguda (debe tener los tres):
- Infiltrados pulmonares en más de dos cuadrantes
  - Índice de Kirby o índice de oxigenación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor de 250 ó hipoxemia refractaria
  - Distensibilidad pulmonar disminuida

**ANEXO 2**

- Medidas de protección alveolar (para prevenir fibrosis pulmonar):
- Volumen corriente bajo (6 a 8 ml/kg de peso)
  - PEEP (presión positiva al final de la espiración) acorde con la escala anexa
  - Frecuencia respiratoria de 12 a 16 por minuto
  - Presión menor de 35 cm H<sub>2</sub>O y meseta menor de 30 cm H<sub>2</sub>O
  - FiO<sub>2</sub>: el necesario para mantener PaO<sub>2</sub> arriba de 60 mm Hg
  - Vigilancia de oxemia

ESCALA ANEXA:

FiO <sub>2</sub> (cm H <sub>2</sub> O)	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1	1	1
PEEP (cm H <sub>2</sub> O)	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	18	18	20	24

## Medidas de precaución

### Para el personal de salud

- Lavado de manos con agua y jabón o higiene con gel-alcohol antes y después del contacto con pacientes o superficies posiblemente contaminantes, y después del uso de guantes. No se toque los ojos, nariz ni boca.
- Utilizar precauciones para gotas y de contacto (ver recuadro) cuando se encuentre a menos de un metro del paciente.
- En procedimientos que puedan generar aerosoles (aspiración de secreciones, broncoscopia, intubación), usar mascarilla N95 y lentes protectores.
- Bata no estéril, de preferencia impermeable en procedimientos que puedan generar salpicaduras o derrames.
- Utilizar barreras de protección (las que estén disponibles) para la manipulación, transporte y procesamiento de la ropa usada por el paciente.
- Lavado exhaustivo estándar de áreas de aislamiento, quirófanos y sala de necropsias.

#### PRECAUCIONES DE GOTAS

- Habitación individual (siempre que sea posible) o agrupamiento de casos. Si no es posible, la separación entre pacientes debe ser de al menos un metro de distancia
- Cubrebocas si va a trabajar a menos de un metro de distancia del paciente
- Limite el traslado del paciente. Si es imprescindible, colóquelo cubrebocas

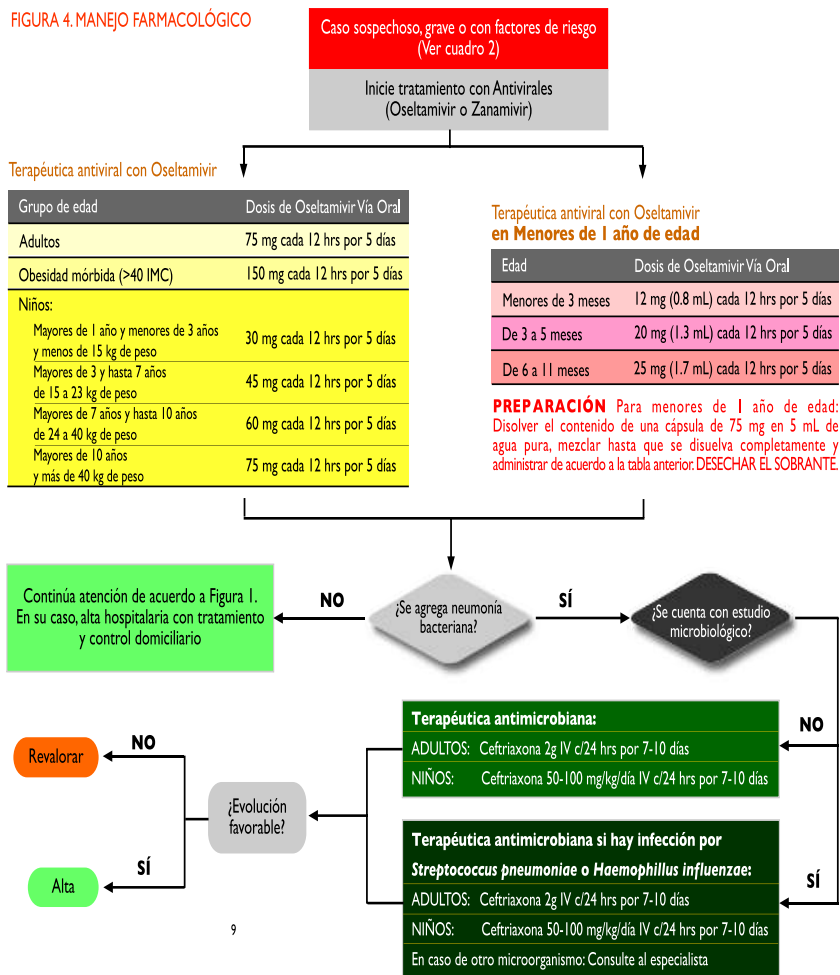
#### PRECAUCIONES DE CONTACTO

- Cuarto privado siempre que sea posible
- Cubrebocas si se tiene contacto con el paciente
- Bata quirúrgica (no estéril) si se tiene contacto con el paciente. Colóquela a la entrada del cuarto y cámbiela diariamente
- Estetoscopio, esfigmomanómetro y cómodo para uso exclusivo del paciente. Si esto no es posible, limpiar y desinfectar adecuadamente antes de utilizar en otro paciente
- Guantes para manipular material infeccioso
- Lavado de manos después de retirar los guantes
- Restringir las visitas y contactos innecesarios

### Necesidades en servicios médicos para limitar la transmisión

- Protocolo de etiqueta respiratoria (cubrebocas a todos los potenciales enfermos).
- Los pacientes deben limpiar sus manos con alcohol-gel al momento mismo de su entrada.
- Contar con un área seleccionada y separada físicamente para pacientes con sintomatología respiratoria aguda.
- Cubrebocas, guantes desechables no estériles, alcohol-gel al 70%, jabón, trípticos informativos para trabajadores de salud y familiares, toallas de papel para secado de manos, botes de basura visibles y recolección de los mismos frecuentemente.

FIGURA 4. MANEJO FARMACOLÓGICO



9

9

## 5. Recomendaciones en grupos específicos

### Mujeres embarazadas o que estén lactando

- Las mujeres embarazadas o lactando están en mayor riesgo de complicaciones por influenza
- En mujeres embarazadas, con diagnóstico clínico de influenza (caso sospechoso) utilizar el mismo tratamiento con oseltamivir o zanamivir que en el resto de la población, sin importar el tiempo de evolución del embarazo
- Evaluar de manera independiente cada caso

### Pacientes con VIH / SIDA

- Se puede iniciar el tratamiento normal con oseltamivir o zanamivir, sin modificar el esquema de antiretrovirales que tenga el paciente.

Actualmente la profilaxis con antivirales se recomienda únicamente en circunstancias extraordinarias, por criterio médico

## 6. Recomendaciones generales

### Medidas básicas de higiene que se deben transmitir a la población

- Lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente, sobre todo después de toser o estornudar.
- No tocarse los ojos, la nariz ni la boca.
- Cubra nariz y boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar (tírelo en una bolsa a la basura).
- Si no tiene pañuelo, utilice el ángulo interno del codo.
- Evite saludar de mano, beso o abrazo.
- Evite escupir en el suelo y en otras superficies expuestas al medio ambiente (hágalo en un pañuelo desechable y tírelo en una bolsa a la basura).
- No comparta vasos, platos y/o cubiertos ni alimentos y bebidas.
- Siga las recomendaciones del médico y no se automedique.

## @ Sitios para consultar información

Institución	Dirección electrónica
Secretaría de Salud	<a href="http://www.salud.gob.mx">www.salud.gob.mx</a>
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	<a href="http://www.spps.salud.gob.mx">www.spps.salud.gob.mx</a>
Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México -BIRMEX-	<a href="http://www.birmex.gob.mx">www.birmex.gob.mx</a>
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades -CENAVECE-	<a href="http://www.cenavece.salud.gob.mx">www.cenavece.salud.gob.mx</a>
Dirección General de Epidemiología	<a href="http://www.dgepi.salud.gob.mx">www.dgepi.salud.gob.mx</a>
Dirección General de Promoción de la Salud	<a href="http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps">www.promocion.salud.gob.mx/dgps</a>

