



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA

LINEAMIENTO ESTANDARIZADO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y POR LABORATORIO DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL

Abril de 2020

**LINEAMIENTO ESTANDARIZADO
PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Y POR LABORATORIO DE LA
ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL.
ABRIL DE 2020**

LINEAMIENTO ESTANDARIZADO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y POR
LABORATORIO DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL.
ABRIL DE 2020

Secretaría de Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dirección General de Epidemiología

www.gob.mx/salud

Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido de este documento, siempre y cuando se cite la fuente.

Hecho en México

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JORGE ALCOCER VARELA

SECRETARIO DE SALUD

DRA. ASSA EBBA CHRISTINA LAURELL

SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO
DEL SECTOR SALUD

DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

DR. PEDRO FLORES JIMÉNEZ

TITULAR DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DR. JOSÉ LUIS ALOMÍA ZEGARRA

DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DR. CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ

DIRECTOR DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

DRA. ANA LUCÍA DE LA GARZA BARROSO

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA EPIDEMIOLÓGICA

DRA. SANTA ELIZABETH CEBALLOS LICEAGA

SUBDIRECTORA DE SISTEMAS ESPECIALES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

DRA. GABRIELA DEL CARMEN NUCAMENDI CERVANTES

DIRECTORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

MGS. LUCÍA HERNÁNDEZ RIVAS

DIRECTORA DE SERVICIOS Y APOYO TÉCNICO

BIOL. IRMA LÓPEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA

ELABORÓ

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

**MIEMBROS DEL GRUPO TÉCNICO INSTITUCIONAL
(GTI)-COMITÉ NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
(CONAVE)**

DR. JOSÉ LUIS ALOMÍA ZEGARRA

DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
SECRETARIO DEL CONAVE

DR. RAMÓN ALBERTO RASCÓN PACHECO

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GISELA J. LARA SALDAÑA

TITULAR DE LA UNIDAD DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR

DR. JORGE ALBERTO RAMOS GUERRERO

SUBDIRECTOR DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN
A LA SALUD DE LA DIRECCIÓN MÉDICA
I. S. S. S. T. E.

GENERAL DE BRIGADA M. C.

RAMÓN ARTURO VALDÉS ESPINOSA

DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

CAPITÁN DE NAVÍO

JAVIER NICOLÁS ZEPEDA DE ALBA

DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE SANIDAD NAVAL
SECRETARÍA DE MARINA

DR. RODOLFO LEHMANN MENDOZA

SUBDIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
PETRÓLEOS MEXICANOS

LIC. MARÍA DEL ROCÍO GARCÍA PÉREZ

TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA

DRA. BERTHA DIMAS HUACUZ

COORDINADORA GENERAL DE PATRIMONIO CULTURAL,
INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN INDÍGENA

DR. RICARDO CORTÉS ALCALÁ

DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

DR. RUY LÓPEZ RIDAURA

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE
PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

REPRESENTANTES DE LOS TITULARES EN EL GTI DEL CONAVE

DRA. GABRIELA DEL CARMEN NUCAMENDI CERVANTES

DIRECTORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DR. CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ

DIRECTOR DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DRA. ANA LUCIA DE LA GARZA BARROSO

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA EPIDEMIOLÓGICA
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DRA. SANTA ELIZABETH CEBALLOS LICEAGA

SUBDIRECTORA DE SISTEMAS ESPECIALES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

BIÓL. IRMA LÓPEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA INDRE

M. EN G. S. LUCÍA HERNÁNDEZ RIVAS

DIRECTORA DE SERVICIOS Y APOYO TÉCNICO INDRE

DRA. ADRIANA STANFORD CAMARGO

DIRECTORA DE EVIDENCIA EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

DR. ALEJANDRO LÓPEZ SÁMANO

DIRECTOR DE URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y
CONTROL DE ENFERMEDADES

DRA. NATALIA SORIANO CASTRO

SUBDIRECTORA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

ING. JOSÉ HÉCTOR PAREDES MARTÍNEZ

SUBDIRECTOR DE NOTIFICACIÓN Y REGISTROS EPIDEMIOLÓGICOS
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DRA. MARGOT GONZÁLEZ LEÓN

JEFA DE LA DIVISIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES IMSS

DR. JOSÉ MISAEL HERNÁNDEZ CARRILLO

JEFE DE LA OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
IMSS-BIENESTAR

DR. OSCAR FLORES MUNGUÍA

JEFE DEL DEPTO. DE VIGILANCIA
Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO ISSSTE

CAP. SEGUNDO DE SANIDAD

LUIS BERNARDO ROJAS GÓMEZ

ENCARDO DE LA SUBSECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
SEDENA

TTE. DE FRAGATA S.S.N. M. EPIDEMIÓLOGO

VÍCTOR GÓMEZ BOCANEGRA

JEFE DEL DEPTO. DE EPIDEMIOLOGÍA
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE SANIDAD NAVAL SEMAR

DR. HILARIO A. MARTÍNEZ ARREDONDO

GERENTE DE PREVENCIÓN MÉDICA PEMEX

DRA. PERLA RÍOS VILLALBA

ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA Y
MEDICINA PREVENTIVA PEMEX

DR. LUIS FELIPE ORTIZ GÓMEZ

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE REHABILITACIÓN SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SNDIF)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
ANTECEDENTES	13
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	14
MARCO LEGAL	16
OBJETIVO GENERAL	17
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO	18
DEFINICIONES OPERACIONALES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DE ENFERMEDAD RESPITARIA VIRAL	19
MEDIDAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD QUE IMPLICA LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL	21
LINEAMIENTOS PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL	27
TOMA DE MUESTRA	27
TIPOS DE MUESTRA	27
PROCEDIMIENTOS PARA TOMA DE MUESTRAS CLÍNICAS	29
EXUDADO FARÍNGEO	29
EXUDADO NASOFARÍNGEO	30
MATERIAL PARA TOMA DE MUESTRAS CLÍNICAS	31
CRITERIOS DE ACEPTACIÓN	31
CRITERIOS DE RECHAZO	31
ENVÍO Y EMBALAJE DE MUESTRAS	32
MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA TOMA DE MUESTRA	36
ACCIONES Y FUNCIONES POR NIVEL TÉCNICO ADMINISTRATIVO	37
NIVEL LOCAL	37
NIVEL JURISDICCIONAL O DELEGACIONAL	38
NIVEL ESTATAL	39
NIVEL FEDERAL	39
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL	41
ACCIONES DE DETECCIÓN ANTE COVID-19 EN AEROPUERTOS, PUERTOS MARÍTIMOS Y PASOS FRONTERIZOS TERRESTRES	41
DETECCIÓN EN PUNTOS DE ENTRADA	42

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INICIAL DE CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL EN PUNTOS DE ENTRADA INTERNACIONALES	42
ACTIVIDADES DE SANIDAD INTERNACIONAL	43
ACTIVIDADES ANTE UN CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL	44
IDENTIFICACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL EN AEROPUERTO, PUERTOS O PUNTOS DE ENTRADA TERRESTRE	45
PROCEDIMIENTOS PARA REPATRIACIÓN DE CONNACIONALES ANTE COVID-19	48
APOYO DE OTRAS INSTANCIAS A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	54
DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	59

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, se presentó en Wuhan, provincia de Hubei, de la República Popular China un brote de neumonía de causa desconocida. Lo anterior derivó en una investigación por el país de tal forma que las autoridades de salud de la ciudad de Wuhan, informaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la presencia de un conglomerado de 27 casos de Síndrome Respiratorio Agudo de etiología desconocida, estableciendo un posible vínculo con el mercado mayorista de mariscos de Huanan, el cual además vende animales vivos. ⁽¹⁾

Lo anterior llevó a que científicos chinos aislaran una nueva cepa de coronavirus y realizaran la secuenciación genética, la cual se puso a disposición de la OMS facilitando a los laboratorios de diferentes países la producción de pruebas diagnósticas de PCR específicas para detectar la nueva infección. El virus aislado pertenece a los Betacoronavirus del grupo 2B con al menos un 70% de similitud en la secuencia genética con el SARS-CoV, el cual se nombró por la OMS como 2019-nCoV. ⁽²⁾

El 30 de enero del 2020 con más de 9,700 casos confirmados de 2019-nCoV en la República Popular China y 106 casos confirmados en otros 19 países, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), aceptando la recomendación del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Siguiendo las mejores prácticas de la OMS para nombrar a las nuevas enfermedades infecciosas humanas, en colaboración y consulta con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la OMS ha denominado la enfermedad como COVID-19, abreviatura de “Enfermedad por coronavirus 2019” por sus siglas en inglés. El Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV), autoridad global para la designación de nombres a los virus, ha denominado a este como SARS-CoV-2.

La información clínica sobre los casos confirmados de COVID-19 reportados hasta ahora sugiere un curso de enfermedad diferente que el observado en casos de SARS-CoV y MERS-CoV. Sin embargo, con investigaciones aún en curso, es difícil evaluar si hay grupos de población con mayor riesgo de enfermedad grave. ^(1,3) La información preliminar sugiere que los adultos mayores y las personas con afectación de la salud subyacentes pueden tener un mayor riesgo de presentar enfermedad grave por este virus. ⁽⁴⁾

La información proporcionada hasta el momento de COVID-19 referida en una publicación muestra que los casos presentan: fiebre (> 90% de los casos), malestar general, tos seca (80%), dolor torácico (20%) y dificultad respiratoria (15%). Las radiografías de tórax con radio opacidades bilaterales y las biometrías hemáticas con presencia de leucopenia y linfopenia. Algunos de ellos han requerido cuidados intensivos, aunque la mayoría se encontraban estables. La primera defunción correspondió a paciente masculino de 61 años con antecedente de tumor abdominal y cirrosis, quien ingreso al hospital por presentar dificultad respiratoria y neumonía, integrándose los diagnósticos de neumonía severa, síndrome de dificultad respiratoria aguda, choque séptico y falla orgánica múltiple. ⁽²⁾

Debido a que es una situación emergente y que evoluciona de manera rápida, la información se actualiza de manera constante ⁽²⁾, aún es necesario contar con mayor información dadas las características del virus, mecanismo de transmisión, reservorio, características clínicas específicas y gravedad de la enfermedad, a fin de controlar el impacto del SARS-CoV-2 y orientar las acciones de prevención y control para evitar la dispersión en nuestro país.

Por lo anterior, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Epidemiología, ante la llegada de esta enfermedad emergente a territorio mexicano, ha generado el presente documento, mismo que contiene los procedimientos para la vigilancia epidemiológica que contempla la identificación de casos, seguimiento de los contactos, notificación oportuna al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), así como los aspectos para la toma, manejo, envío adecuado de las muestras y el control analítico disponible para la confirmación de los casos.

ANTECEDENTES

Los coronavirus son virus ARN de cadena positiva que pertenecen al orden Nidovirales. Cuentan con una superficie característica, los viriones tienen una apariencia de corona bajo el microscopio electrónico, razón por la cual llevan el nombre 'corona'. De la familia *Coronaviridae* y la subfamilia *Orthocoronavirinae*. Se clasifican además en cuatro géneros de coronavirus (CoV): Alfa, Beta, Delta y Virus gammacورونا. El género *Betacoronavirus* se separa adicionalmente en cinco subgéneros (*Embecovirus*, *Hibecovirus*, *Merbecovirus*, *Nobecovirus* y *Sarbecovirus*). ⁽⁵⁻⁷⁾

Los coronavirus se identificaron a mediados de los años 60 y se sabe que infectan a los humanos y a una variedad de animales (incluyendo aves y mamíferos). Las células epiteliales en el tracto respiratorio y gastrointestinal son las células objetivo primarias, por lo que la eliminación viral es a través de estos sistemas y la transmisión puede ocurrir en diferentes rutas: fómites, aire o fecal-oral. ⁽¹⁾

Hasta el 2018, se tenían identificados siete coronavirus capaces de infectar a los humanos, siendo los coronavirus humanos comunes: *Betacoronavirus*, HCoV-OC43 y HCoV-HKU1; así como el *Alfacoronavirus* HCoV-229E que causan enfermedades leves a moderadas de las vías respiratorias superiores, pero también graves infecciones del tracto respiratorio en los grupos de edad más jóvenes y de mayor edad; mientras que *Alfacoronavirus* HCoV-NL63 se considera una causa importante de (pseudo) crup y bronquiolitis en niños. ⁽⁵⁻¹⁰⁾

Las infecciones en humanos con coronavirus comunes raramente causan enfermedad grave, como síndrome respiratorio agudo severo a excepción de MERS-CoV y SARS-CoV, los cuales han demostrado una alta tasa de letalidad en brotes (9.6% y 34.4% respectivamente). ⁽¹¹⁾

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, de la República Popular China, informó de un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, incluidos siete casos graves, todos con el antecedente de haber visitado el mercado mayorista de mariscos “Huanan”. Los casos presentaron características clínicas comunes como fiebre, disnea e infiltrados pulmonares bilaterales en radiografías de tórax. Las autoridades pusieron todos los casos bajo aislamiento, se realizaron estudio de contactos, y se aplicaron medidas de higiene y saneamiento ambiental en el mercado, que finalmente se cerró al público el 1º de enero de 2020. Las investigaciones preliminares sugirieron un diagnóstico de neumonía viral.⁽¹²⁾

Para el 5 de enero de 2020, se notificaron 32 casos adicionales de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, República Popular China con fechas de inicio de síntomas entre el 12 y 29 de diciembre de 2019, aumentando el número total de casos de neumonía notificados de etiología desconocida a 59. Las investigaciones de laboratorio descartaron como agentes causales a los virus de influenza estacional y aviar, adenovirus, SARS-CoV y MERS-CoV. En ese momento, las autoridades chinas informaron que no existía evidencia de transmisión de persona a persona y que no había casos entre trabajadores de la salud.⁽¹²⁾

El Centro de Control de Enfermedades de la República Popular China, informó el 9 de enero de 2020, que se identificó un nuevo coronavirus como agente causal para 15 de los 59 casos de neumonía. El 10 de enero de 2020, investigadores del Centro Clínico y la Escuela de Salud Pública de Shanghai, en colaboración con el Hospital Central de Wuhan, Universidad de Ciencia y Tecnología de Huazhong, Centro de Wuhan para el Control y Prevención de Enfermedades, el Instituto Nacional para el Control y Prevención de Enfermedades Transmisibles de la República Popular China, el Centro Chino para el Control de Enfermedades y la Universidad de Sidney, Australia, llevaron a cabo la secuenciación genética del virus. El análisis preliminar mostró una nueva cepa de coronavirus relacionado con el SARS-CoV difiriendo del genoma central del coronavirus de murciélago conocido. El 12 de enero de 2020, la República Popular China da a conocer la secuencia genética del virus 2019-nCoV a los países para el desarrollo de pruebas diagnósticas.⁽¹³⁻¹⁵⁾

El 13 de enero, el Ministerio de Salud Pública de Tailandia reportó el primer caso importado de enfermedad por 2019-nCoV confirmado por laboratorio, proveniente de la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, República Popular China. Para el 15 de enero, el Ministerio de Salud, Trabajo

y Bienestar de Japón, informó un caso importado de Wuhan y para el 20 de enero de 2020, la República de Corea (Corea del Sur) da a conocer el primer caso confirmado por 2019- nCoV igualmente importado de Wuhan. Los CDC de EE. UU., notifican el primer caso confirmado en la Región de las Américas, el paciente regresó de Wuhan, República Popular China a Washington, EE. UU., el 15 de enero de 2020. La primera defunción se comunicó por el gobierno de la República Popular China el 11 de enero de 2020. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

Al 04 de abril, en el mundo se han identificado casos en más de 196 países distribuidos en las regiones de las Américas, Asia Sudoriental, Pacífico Occidental, Europa, Mediterráneo Oriental y África, reportándose un total de 1,051,635 casos confirmados y 56,985 defunciones.

MARCO LEGAL

Los presentes lineamientos se sustentan normativamente en lo establecido en los artículos 3º, fracción XVII, 134 fracción XIV, 136 fracción II, 137, 138 y 142 de la Ley General de Salud y apartados 6.5, 6.5.1 y 6.5.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA-2-2012 para la vigilancia epidemiológica, acuerdo secretarial 130, toda vez que las Enfermedades Respiratorias Virales implican un riesgo a la salud de la población. Actualmente la enfermedad por COVID-19 es considerada como una enfermedad emergente con riesgo alto de introducción al territorio mexicano. Asimismo, se sustenta en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) con los artículos 2, 3, 6, 19, 23, 24, 30, 31 y 43.

El incumplimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica descritas en el presente lineamiento será motivo de reporte a las áreas administrativas correspondientes de la Secretaría de Salud y, en caso de persistencia, a la instancia jurídica de su competencia.

OBJETIVO GENERAL

Establecer el lineamiento específico para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral, dentro del Sistema Nacional de Salud, que permita la detección de casos y riesgos para generar información epidemiológica de calidad, que oriente a la toma de decisiones para la implementación de medidas eficaces de prevención y control apropiadas para reducir los potenciales daños a la salud de la población.

Objetivos Específicos

1. Describir los procedimientos específicos para la vigilancia epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral, que orienten las acciones en salud pública en el territorio nacional.
2. Establecer los procedimientos para la toma, manejo, envío y procesamiento de las muestras de casos sospechosos de enfermedad respiratoria viral.
3. Realizar el monitoreo, alertamiento y difusión con respecto al comportamiento epidemiológico de la enfermedad respiratoria viral, a nivel internacional y en nuestro país, para orientar las medidas de prevención y control.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO

La vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria viral debe enfocarse principalmente en la detección inmediata de casos importados o autóctonos, con la finalidad de prevenir la propagación del virus en la población mexicana.

Para lograr dicho objetivo es necesario establecer un sistema altamente sensible que detecte los casos sospechosos de enfermedad respiratoria viral que cumplan con la definición operacional en cualquier unidad de salud (pública o privada), con la finalidad de detonar las acciones de vigilancia epidemiológica y por laboratorio, atención, prevención y control correspondientes, dirigidas a eliminar los riesgos de transmisión del padecimiento.

Por lo que alineados a la vigilancia epidemiológica, se han elaborado definiciones operacionales que tienen como objetivo realizar una medición estandarizada de las características que deben cumplir los casos ingresados a un sistema, a efecto de unificar los criterios para su identificación, notificación y seguimiento, las cuales se caracterizan por tener elevada sensibilidad, con la finalidad de detectar la mayoría de los casos a través de los signos y síntomas más frecuentes reportados hasta el momento, así como por los antecedentes epidemiológicos de los casos.

La especificidad del diagnóstico clínico estará determinada por los resultados de laboratorio, por lo que es fundamental contar con una adecuada toma de muestra de los casos para las pruebas específicas que se describen en los siguientes apartados.

DEFINICIONES OPERACIONALES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL

Caso sospechoso:

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

Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

- Disnea (dato de gravedad)
- Artralgias
- Mialgias
- Odinofagia/Ardor faríngeo
- Rinorrea
- Conjuntivitis
- Dolor torácico

Caso de Infección Respiratoria Aguda Grave:

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

Caso confirmado:

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

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

** Se publicará la lista actualizada de laboratorios validada por el InDRE y se difundirá cada actualización de la misma por CONAVE.

La vigilancia epidemiológica de COVID-19 cambiará de una vigilancia nacional a vigilancia centinela; la vigilancia nacional únicamente se realizará para los casos graves (Infección Respiratoria Aguda Grave).

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

Las denominadas USMI, cambiarán de nombre a USMER y el muestreo se deberá de llevar a cabo de la siguiente manera:

Se tomará el siguiente porcentaje de muestreo para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria viral

- Casos sospechosos con síntomas leves: 10% (ambulatorios)***
- Casos sospechosos con sintomatología grave: 100% (dificultad respiratoria).
- Tomar el 100% de muestras a pacientes graves que cumplan definición de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), de todas las unidades médicas del país.

*****Las instituciones que cuenten con más recursos podrán utilizarlos para muestrear mayor porcentaje de pacientes ambulatorios.**

Nota aclaratoria: Las definiciones operacionales están sujetas a cambios y serán actualizadas de acuerdo con la disponibilidad de información adicional únicamente por el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE).

- Todas las unidades USMER y no USMER capturarán en la plataforma del SISVER; las unidades no USMER, recibirán claves de acceso a SISVER; las cuales solo deberán de capturar los casos graves para priorizar el recurso, 100% de casos graves capturados, si entidad cuenta con el recurso, podrá muestrear a los casos leves y registrarlos en plataforma SISVER/SINOLAVE.
- Los LESP/LAVE, deberán capturar el resultado en la plataforma del SISVER.
- Todas las unidades que conforman el Sistema Nacional de Salud deberán de realizar la notificación a la Notificación Convencional (SUIVE) del 100% de los casos que cumplan con definición operacional de caso de enfermedad respiratoria viral y únicamente llenar el estudio epidemiológico de caso para pacientes graves.
- Se llevará a cabo la vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria viral en espacios públicos cerrados (albergues, refugios, centros de detención, cárceles, hospitales, etc.), con la finalidad de llevar a cabo la detección de brotes
- En las USMER, todas las defunciones sospechosas y confirmadas de enfermedad respiratoria viral, deberán ingresarse a la plataforma del SISVER.
- En las unidades no USMER, se deberán notificar todas las defunciones por correo electrónico al responsable del SEED, y al responsable del SISVEFLU, de la Dirección General de Epidemiología, adjuntado: a) certificado de defunción, b) cédula de SISVER, c) prueba positiva de laboratorio, d) resumen clínico y e) anexo 8 (solo si se tiene de forma inmediata).

MEDIDAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD QUE IMPLICA LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL.

Ante la identificación de un **caso sospechoso** de enfermedad respiratoria viral en los diferentes niveles de atención médica del país, se aplicarán las siguientes medidas preventivas:

1. El médico de primer contacto después de identificar a un paciente con sospecha de enfermedad respiratoria viral, deberá realizar el interrogatorio y atención del caso bajo medidas de precaución estándar, por gotas y por contacto en un cubículo aislado, bien ventilado y mantener la puerta cerrada.
2. Verificar estrictamente que cumpla la definición operacional de caso sospechoso. Si el caso se detecta en el primer nivel de atención médica, se llevará a cabo la coordinación con la jurisdicción sanitaria, para el llenado del estudio epidemiológico de caso* sospechoso de enfermedad respiratoria viral, así como la toma de muestra. En las instituciones que cuenten con el personal de epidemiología, este realizará el estudio epidemiológico de caso.
3. Si el paciente presenta síntomas respiratorios, se le debe proporcionar una mascarilla quirúrgica desechable y pedir que lo use tanto como sea posible tolerar. Para los pacientes que no puedan tolerar el uso de una mascarilla quirúrgica desechable, indicar que debe aplicar rigurosamente la higiene respiratoria, es decir, cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con papel higiénico.
4. El personal de primer contacto en unidades médicas públicas y privadas de todo el país que identifique un caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, deberá llevar a cabo la atención bajo la aplicación de medidas de precaución estándar y basadas en la transmisión por gota y contacto. (Cuadro 1)
5. Si el caso es detectado en una unidad de segundo o tercer nivel de atención, el médico de primer contacto deberá mantener coordinación con el epidemiólogo de la unidad médica y se aplicarán las medidas de precaución estándar y gotas. El uso de respiradores N95 únicamente cuando al paciente se le realicen procedimientos que generen aerosoles. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Medidas de Precaución para el manejo de pacientes con enfermedad respiratoria viral, para el personal de salud

Precauciones estándar (Tarjeta color rojo)	Medidas de Aislamiento por Gotas (Tarjeta color verde)	Medidas de Aislamiento por contacto (Tarjeta color amarillo)	Medidas de precaución por aerosoles (Tarjeta color azul)
Higiene de manos. Lavado de manos con agua y jabón o higiene de manos con alcohol gel en concentraciones mayores al 70% en los cinco momentos establecidos de acuerdo a la OMS.	- Mantener una distancia de un metro con el paciente. - Mantener la puerta cerrada durante la atención. - Visitantes reportarse a central de enfermeras antes de tener contacto con el paciente.	Lavarse las manos antes y después de tener contacto con el paciente, líquidos o sangre.	El uso de respiradores N95 únicamente cuando al paciente se le realicen procedimientos que generen aerosoles, (aspiraciones, intubaciones, broncoscopías y reanimación cardiopulmonar). De igual forma utilizar estas medidas ante la presencia de un caso confirmado.
- Uso de guantes cuando haya contacto con líquidos corporales (sangre y secreciones), artículos contaminados, membranas mucosas y heridas en la piel. <i>No olvidar el lavado de manos antes de colocar los guantes y después de quitarlos.</i>	Equipo médico desechable o personalizado, por ejemplo: estetoscopio, manguitos de presión arterial y termómetros, si el equipo necesita ser compartido entre pacientes, limpiar y desinfectar entre cada uso con alcohol etílico al 70%.	Use bata si su ropa pudiera tener contacto con el paciente y/o su cama.	
Usar mascarilla	Habitación individual	Después del contacto	

con protección facial cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre u otros líquidos corporales en ojos y cara (aerosoles).	cuando se tenga disponible o llevar a cabo aislamiento de cohorte. (Cuadro 2)	con el paciente y/o material contaminado o retírese guantes y bata	
• Uso de bata impermeable si hay riesgo de salpicaduras para prevenir la contaminación de la piel y ropa. • Transportar la ropa contaminada dentro de bolsa de plástico de color rojo.	• Transportar al paciente solo para propósitos indispensables y el paciente deberá portar mascarilla quirúrgica desechable.	• Lávese las manos con jabón o alcohol gel después de retirarse los guantes.	
• Uso de contenedores rígidos (RPBI) para el desecho de agujas y material punzocortante. • Nunca volver a encapuchar las agujas.	• Notificar al área que reciba al paciente sobre las precauciones.	• Use guantes para entrar a la habitación del paciente y/o tocar superficies o equipo	

6. Garantizar los insumos necesarios para llevar a cabo las medidas de precaución y aislamiento de los casos. (Cuadro 2)
7. Una vez identificado el caso, se deberá realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral y la toma de muestra por personal capacitado y designado por la unidad de salud, de acuerdo al perfil institucional, con las medidas de protección mencionadas (precauciones estándar, gotas, contacto y vía aérea). (Cuadro 1)
8. Los tipos de muestra para el diagnóstico de enfermedad respiratoria viral, serán exudado nasofaríngeo y faríngeo en el mismo medio de transporte (los dos hisopos en el mismo tubo que contiene el medio de transporte); si el caso se encuentra con apoyo ventilatorio (intubado) se deberá de gestionar el lavado bronquioalveolar y en caso de defunción la biopsia pulmonar.
9. Se deberá realizar el estudio epidemiológico de caso de enfermedad respiratoria viral de acuerdo con lo siguiente:
 - a) En las Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria Viral (USMER), realizarse al 100% de las Infecciones respiratorias Agudas Graves y al 10% de los casos ambulatorios;
 - b) En las no USMER, únicamente cuando se trate de casos identificados como Infección Respiratoria Aguda Grave

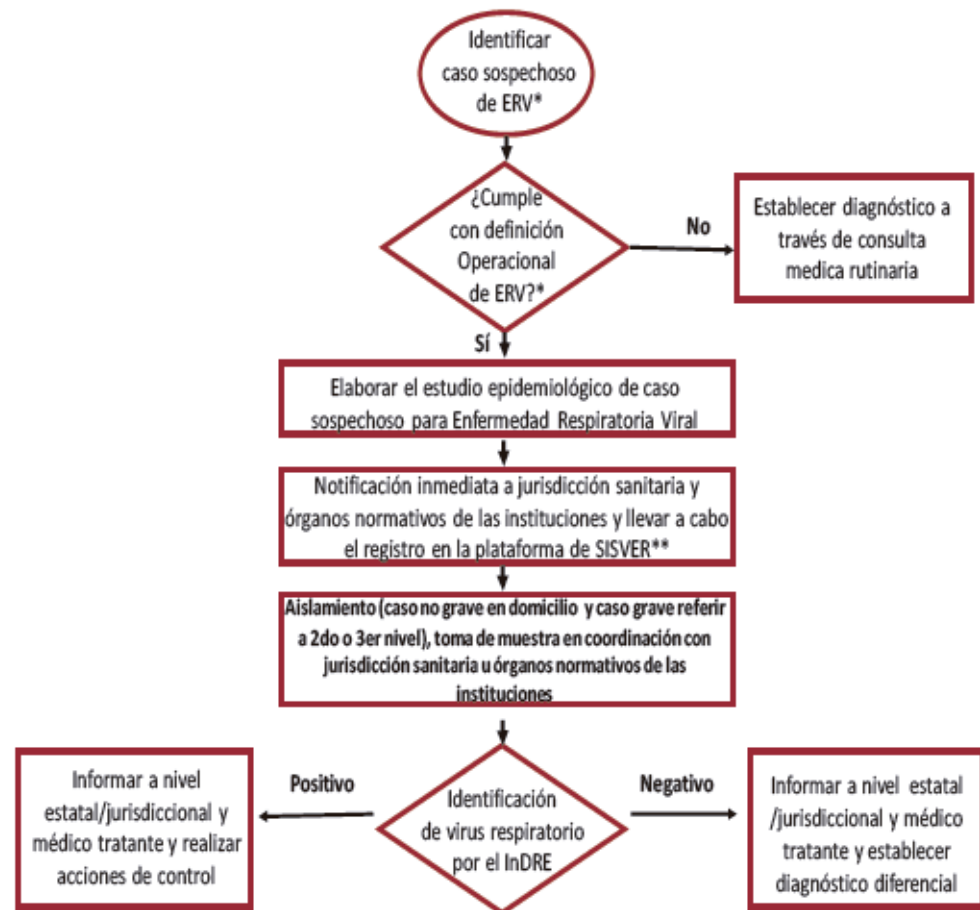
****Las instituciones que hayan determinado, de acuerdo con la disponibilidad de recurso, la toma de muestra en grupos de población adicionales al muestreo establecido para USMER y NO USMER, se deberá realizar estudio epidemiológico de los casos sospechosos identificados en estos grupos de población adicionales.***
10. En aquellos casos sospechosos que no requieran hospitalización, se deberán manejar en aislamiento domiciliario y dar seguimiento a través de monitoreo diario durante 7 días o hasta contar con el resultado de laboratorio, (Cuadro 2)
11. Si el caso se confirma, es necesario aislar al paciente hasta 14 días después del inicio de síntomas.
12. El responsable de la unidad médica notificará de inmediato (en menos de 24 horas), todo caso que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, deberá de notificarse a la jurisdicción sanitaria correspondiente y órganos normativos de las instituciones quienes harán del conocimiento al nivel jerárquico técnico superior; enviando el estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral debidamente requisitado, cuando sea el caso. (Anexo 1)

Nota: Se considerará como paciente recuperado a aquel caso confirmado, en el cual hayan transcurrido 14 días a partir del inicio de síntomas y que no hubiera fallecido o se encontrara aún hospitalizado.

Cuadro 2. Definiciones de aislamiento para enfermedad respiratoria viral

Concepto	Definición
Aislamiento	Es la separación o restricción del movimiento de personas con enfermedad infecciosa para prevenir la transmisión a otros.
Caso en aislamiento	Es la separación o restricción del movimiento de personas enfermas ya sea en casa o en una unidad de salud, para prevenir la transmisión a otros.
Paciente aislado	Es un aislamiento de personas enfermas con enfermedades infecciosas en una unidad de salud, para prevenir la transmisión a otros. Se recomienda que el paciente se ubique en habitación individual y si no es posible y existe más de un paciente infectado, llevar a cabo aislamiento en cohorte (ubicación en una misma sala de dos o más pacientes que portan un mismo tipo de enfermedad), con al menos un metro de distancia entre las camas de estos pacientes y destinando personal de salud e insumos exclusivamente para la atención de estos pacientes. Concluyendo con estas medidas al ser dado de alta el último paciente con el mismo diagnóstico.
Aislamiento en casa	Es el confinamiento en casa de personas enfermas con una enfermedad infecciosa que no requieren hospitalización para prevenir la transmisión a otros, en habitación individual y si no es posible, utilizar medidas de precaución estándar.
Aislamiento voluntario	Es la separación voluntaria o restricción del movimiento de personas enfermas en una habitación para prevenir la transmisión a otros. Esta usualmente se realiza en casa o en algún otro lugar.
Fuente: Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. World Health Organization. https://www.who.int/influenza/publications/public_health_measures/publication/en/ World Health Organization. Infection, prevention and control of epidemic and pandemic-prone acute respiratory disease in health care. Who geneve; 2014. Disponible en: http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/	

Algoritmo de detección y seguimiento
de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral



*Enfermedad Respiratoria Viral

**De acuerdo a I modelo centinela

LINEAMIENTOS PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL

Una vez identificado el caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, se tendrá que llevar a cabo la toma de muestra.

TOMA DE MUESTRA

1. La muestra deberá tomarse de manera obligatoria por personal capacitado y designado por la unidad de salud. Las muestras deberán ser consideradas como altamente infecciosas, por lo que es indispensable portar el equipo de protección personal: La muestra deberá tomarse de manera obligatoria por personal designado por la unidad de salud en todos los turnos y capacitado en el uso de equipo de protección personal listado, ya que deberá portarlo durante este procedimiento, debido a que las muestras deberán ser consideradas como altamente infecciosas

- Respiradores N95 o mayor
- Lentes con protección lateral (goggles).
- Bata desechable de manga larga.
- Doble par de guantes de nitrilo.
- Cinta microporosa.
- Cubrezapatos desechables (zapatones)

TIPOS DE MUESTRA

- Se tomará muestra combinada de exudado faríngeo y nasofaríngeo en un mismo tubo.
- Si el paciente está intubado, se tomará lavado bronquioalveolar, no menos de 2.0 ml (1 ml de medio de transporte viral, más 1ml de lavado bronquioalveolar).
- En caso de defunción, tomar biopsia de pulmón, aproximadamente 2 cm³ de parénquima pulmonar visiblemente afectado, y colocarlo en medio de transporte viral.

Cuadro 3. Descripción de los tipos de muestra

Tipo de muestra	Material	Temperatura de transporte	Almacenamiento	Comentarios
Exudado faríngeo y nasofaríngeo	Medio de transporte viral Hisopos de dacrón o rayón con mango de plástico (exudado faríngeo) Hisopos de dacrón o rayón con mango flexible (exudado nasofaríngeo)	2-8°C	≤ 5 días: 2-8°C > 5 días: -70°C	El exudado faríngeo y nasofaríngeo se deben colocar en el mismo tubo para incrementar la carga viral
Lavado Bronquioalveolar	Contenedor estéril con medio de transporte viral	2-8°C	≤ 48 horas: 2-8°C > 48 horas: -70°C	Puede haber dilución del patógeno, pero aun así vale la pena tomarla. Se requiere como mínimo 2ml (1 ml de lavado bronquioalveolar más 1 ml de medio de transporte).
Aspirado traqueal, aspirado nasofaríngeo o lavado nasal	Contenedor estéril con medio de transporte viral	2-8°C	≤ 48 horas: 2-8°C > 48 horas: -70°C	Se requiere como mínimo 2ml (1 ml de aspirado, más 1 ml de medio de transporte).
Biopsia de pulmón	Contenedor estéril con medio de transporte viral	2-8°C	≤ 5 días: 2-8°C > 5 días: -70°C	2cm ³ de la parte visiblemente más afectada.

PROCEDIMIENTOS PARA TOMA DE MUESTRAS CLÍNICAS

El éxito del diagnóstico virológico depende principalmente de la calidad de la muestra, así como de las condiciones de su transporte y almacenamiento antes de ser procesada en el laboratorio.

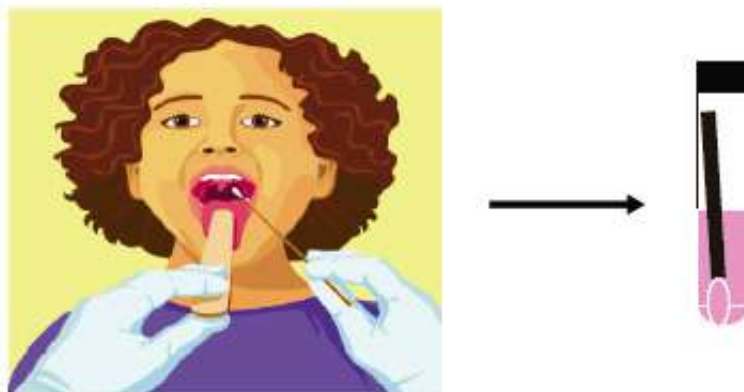
Todas las muestras deben ser colocadas en tubos con medio de transporte viral (ver preparación en Anexo III de los Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de Influenza y otros Virus Respiratorios o BD Universal Viral Transport) y conservarlo (desde su preparación) a temperatura de 2 a 8 °C, los tubos deben mantener un color rojo. Las muestras deberán estar etiquetadas con el nombre y apellido del paciente e ir acompañadas del estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral.

EXUDADO FARÍNGEO

Se recomienda para niños y adultos. La forma adecuada para toma y obtención de una buena muestra para detección de virus respiratorios es la siguiente:

1. La persona que realice la toma debe tomar en cuenta que todas las muestras deben ser consideradas como altamente infecciosas por lo que tendrá que portar el equipo de protección personal (bata desechable de manga larga, guantes de nitrilo, lentes con protección lateral (goggles) y respirador N95 o mayor). Sujetar la lengua del paciente con el abatelengua y frotar con firmeza la pared posterior de la garganta (orofaringe) con el hisopo estéril con mango de plástico y punta de rayón o dacrón, al frotar se obtendrán células infectadas por el virus; tener cuidado de no tocar la úvula para no provocar el vómito en el paciente. (Figura 1)
2. Introducir el hisopo en el tubo de ensayo (que debe contener 2.5 ml de medio de transporte viral estéril), mantener la parte del hisopo que contiene la muestra dentro del tubo, cortar y desechar el resto. Cerrar el tubo perfectamente y mantenerlo de 2 a 8 °C hasta su recepción en el laboratorio.
3. Marcar cada uno de los tubos con una tela adhesiva (evitar papel engomado, masking tape o “diurex”), en la cual se escribe el nombre y apellido del paciente.
4. Mantener los tubos con las muestras en refrigeración o en la hielera con los suficientes refrigerantes hasta su recepción en el laboratorio

Figura. 1. Toma de muestra de exudado faríngeo

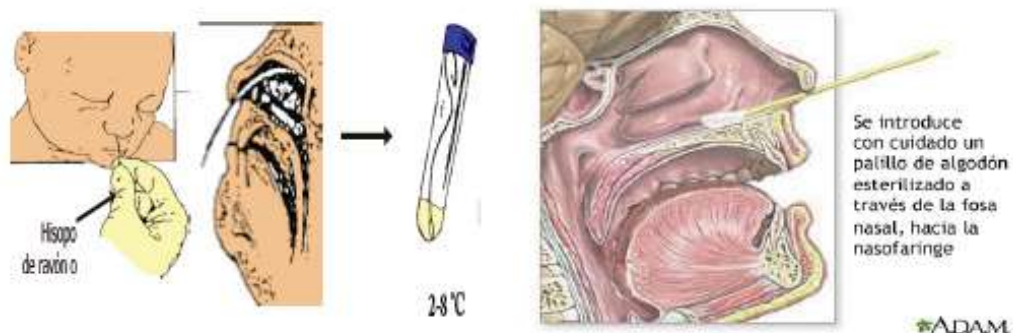


EXUDADO NASOFARÍNGEO

La forma adecuada para tomarlo y obtener una buena muestra es la siguiente:

1. Recostar al paciente y elevar un poco su cabeza, introducir suavemente el hisopo estéril con mango de alambre flexible (con punta de rayón o dacrón), paralelo al paladar, casi en su totalidad hasta llegar a la nasofaringe (aproximadamente 2.5 cm en adultos y un poco menos en niños); una vez ahí, rotarlo suavemente para frotar la pared de la nasofaringe (al frotar se obtienen células infectadas por el virus), retirarlo cuidadosamente sin dejar de rotar. (Figura 2)
2. Introducir el hisopo en el tubo de ensayo (que debe contener 2.5 ml de medio de transporte viral estéril), mantener la parte del hisopo que contiene la muestra dentro del tubo, cortar y desechar el resto. Cerrar el tubo perfectamente y mantenerlo de 2 a 8 °C.
3. Marcar cada uno de los tubos con una tela adhesiva (evitar papel engomado, masking tape o “diurex”), en la cual se escribe el nombre y apellidos del paciente.
4. Mantener los tubos con las muestras en refrigeración o en la hielera con los suficientes refrigerantes hasta su recepción en el laboratorio.

Figura 2. Toma de exudado nasofaríngeo



MATERIAL PARA TOMA DE MUESTRAS CLÍNICAS

- Tubos de medio de transporte viral, con 2.5 ml de medio de transporte viral (color rojo).
- Hisopos estériles con mango de plástico (con punta de rayón o dacrón) y abatelengua estéril, para exudados faríngeos.
- Hisopos estériles con mango de alambre flexible (con punta de rayón o dacrón), para exudados nasofaríngeos.
- Gradilla (para exudados faríngeos y nasofaríngeos).
- Hielera que contenga refrigerantes para mantener las muestras a temperatura de 2 a 8 °C.
- Doble par de guantes de nitrilo, respirador N95 o mayor, batas desechables con manga larga, tela adhesiva y bolígrafo.
- Contenedor para muestras (envase secundario).
- Caja de cartón rígida.
- Marcas y etiquetas correspondientes a la categoría “B”

CRITERIOS DE ACEPTACIÓN

- Que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso.
- Que incluya estudio epidemiológico de caso sospechoso correctamente llenado y capturado en la Plataforma SISVER
- Muestra en medio de transporte viral (color rojo).
- Muestra tomada con hisopo de rayón o dacrón.

CRITERIOS DE RECHAZO

- Que no cumpla con la definición operacional de caso sospechoso.
- Que no esté capturado en la Plataforma SISVER.
- Que no incluya estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral.
- Muestra en medio de transporte viral virado (amarillo o rosa).
- Muestra tomada con hisopo de algodón y punta de madera.
- Muestra con temperatura mayor a 8°C.

ENVÍO Y EMBALAJE DE MUESTRAS

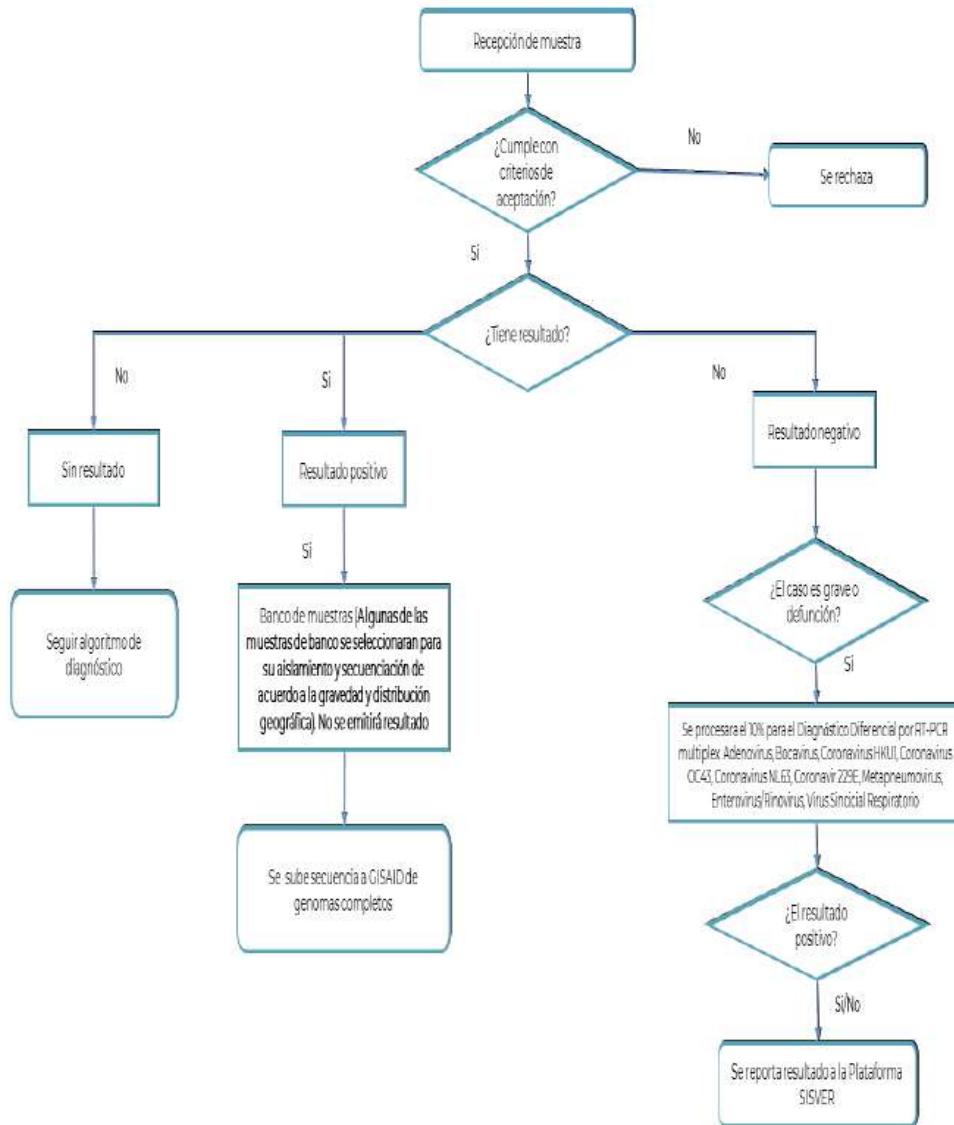
- Las muestras de enfermedad respiratoria viral deben seguir el Reglamento Modelo de las Naciones Unidas y cualquier otro reglamento aplicable dependiendo del modo de transporte utilizado. Se puede encontrar información en la Guía de la OMS sobre regulaciones para el transporte de sustancias infecciosas 2019-2020 (aplicable a partir del 1 de enero de 2019). Las muestras de pacientes de casos sospechosos o confirmados deben ser transportadas como UN3373, "Sustancia biológica, Categoría B", cuando son transportadas para diagnóstico.

Figura 3. Alternativa de triple embalaje



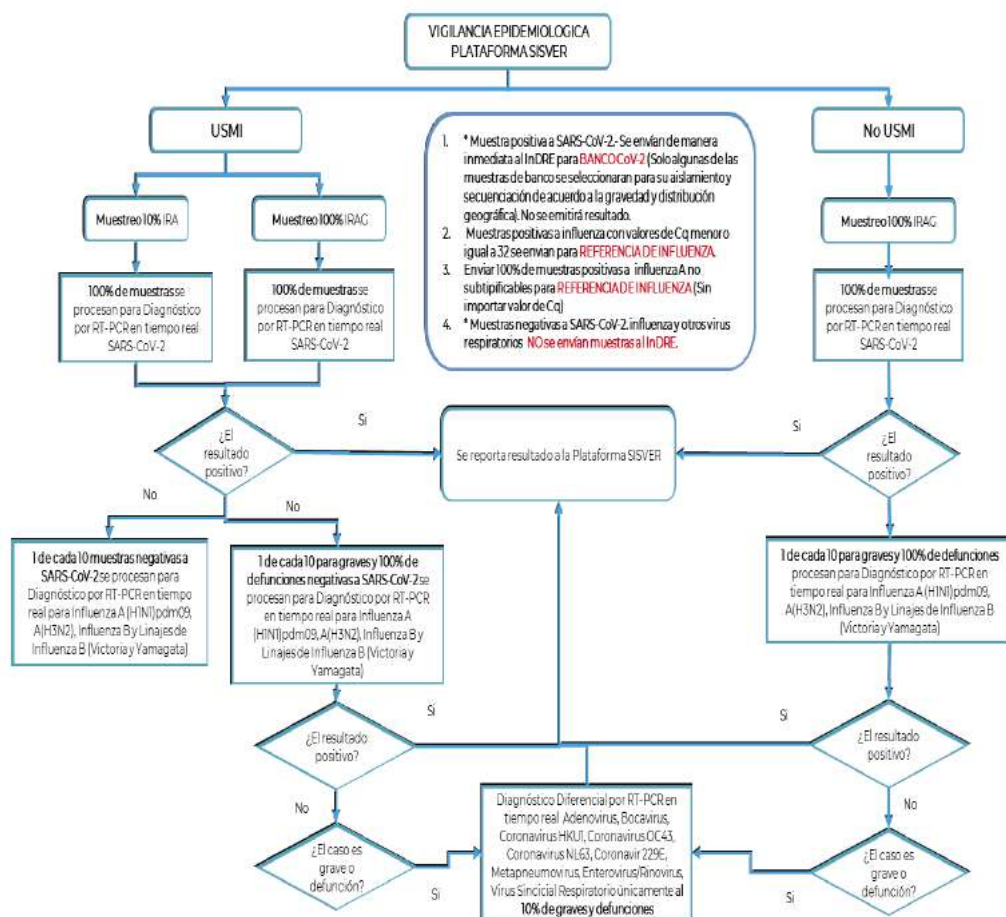
- Todas las muestras tomadas deberán estar contenidas en un tubo con medio de transporte viral perfectamente cerrado y etiquetado, el cual se manejará desde su toma y hasta la recepción en el laboratorio entre 2 a 8 °C. Las muestras se colocarán en una gradilla dentro de una hielera rígida, la cual contendrá refrigerantes para mantener la muestra entre 2 a 8 °C. Las muestras serán enviadas de manera inmediata (menos de 24 horas) al Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP) o al Laboratorio de Apoyo a la Vigilancia Epidemiológica (LAVE), avalados como Laboratorios de la Red Nacional de Influenza más cercano. El personal capacitado para embalaje de los LESP o LAVE realizarán el triple embalaje de las muestras y las enviarán de manera inmediata al InDRE (Laboratorio de Virus Respiratorios) para su diagnóstico. Se debe mantener temperatura de refrigeración o congelación de acuerdo a los días mencionados anteriormente.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO (INDRE)



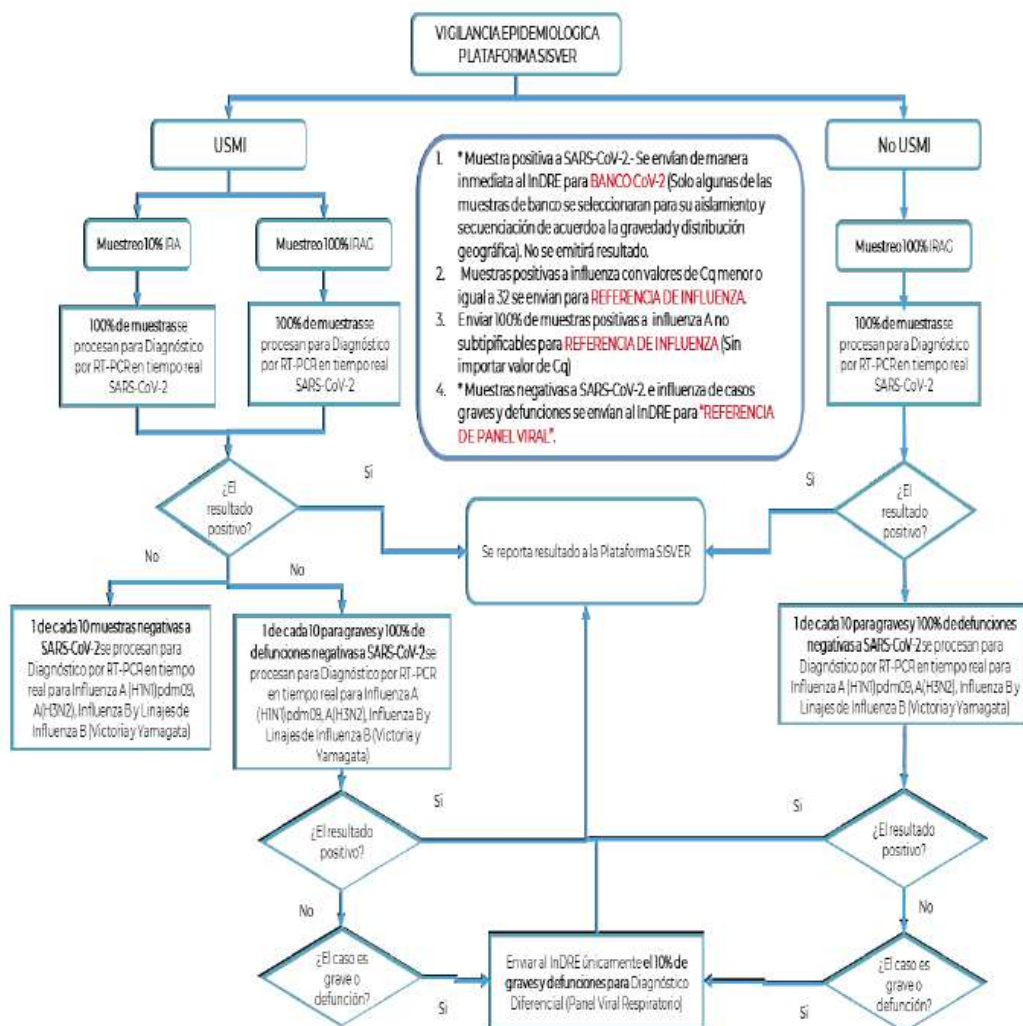
Estándar de servicio: 72 horas a partir de su recepción en el laboratorio y hasta la captura de resultado en Plataforma SISVER.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO PARA LESP O LAVE QUE REALIZAN PANEL VIRAL RESPIRATORIO



Estándar de servicio: 72 horas a partir de su recepción en el laboratorio y hasta la captura de resultado en Plataforma SISVER.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO PARA LESP O LAVE QUE NO REALIZAN PANEL VIRAL RESPIRATORIO



Estándar de servicio: 72 horas a partir de su recepción en el laboratorio y hasta la captura de resultado en Plataforma SISVER.

Oportunidad en la toma de muestra: la muestra se debe tomar preferentemente dentro de los primeros cinco días naturales a partir de la fecha de inicio de síntomas en ambulatorios y hasta 7 días en casos graves.

Entrega de resultados: Los laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública entregan el resultado al solicitante del servicio. La unidad de salud es la responsable de otorgar el resultado del laboratorio al paciente.

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA TOMA DE MUESTRA

Una vez identificado el caso, se tendrá que llevar a cabo la toma de muestra a través de personal designado, con las medidas de protección (precauciones estándar, contacto y vía aérea); todo el personal de salud que requiera tener contacto con el paciente para su atención o toma de muestras, deberá vestir el siguiente equipo de protección personal (EPP):

- Bata de laboratorio desechable
- Respirador N95 o mayor
- Dos pares de guantes de nitrilo de manga larga, (sellar con cinta microporosa el primer par de guantes al puño de la bata antes de colocar el segundo par de guantes)
- Lentes de seguridad con protección lateral y cubrezapatos desechables (zapatones)

Todo el EPP es desechable y debe utilizarse una sola vez. Lo único que se reutiliza son los lentes de seguridad, previa desinfección con etanol al 70% o hipoclorito de sodio al 0.05% (consultar el Protocolo de Bioseguridad y Biocustodia para el Manejo de Pacientes Durante la Toma de Muestras de Caso Sospechoso de enfermedad respiratoria viral. Al momento de retirarlo, estos deberán seguir las disposiciones establecidas en los lineamientos de atención clínica. Se requiere que el personal reciba capacitación y entrenamiento en la colocación y retiro de EPP, así como en el manejo de los residuos contaminados; dicha capacitación deberá enfatizar el tipo de insumos, la secuencia de colocación y retiro, las pruebas de ajuste de los respiradores, así como la esterilización y manejo de los RPBI. El personal médico y paramédico debe reforzar el lavado de manos.

“De acuerdo a la situación epidemiológica, el algoritmo de vigilancia por laboratorios es susceptible de modificaciones. En este caso se notificará al SINAVE por medio de la coordinación del CONAVE a través del envío del lineamiento actualizado”

ACCIONES Y FUNCIONES POR NIVEL TÉCNICO ADMINISTRATIVO

NIVEL LOCAL

Representado por las áreas aplicativas: Unidades de Salud de los tres niveles de atención del ámbito público y privado. Las actividades asistenciales y de Vigilancia Epidemiológica llevadas a cabo por estas unidades para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria viral son:

1. Difundir a todo el personal de salud el presente documento, así como el panorama epidemiológico.
2. Capacitar a todo el personal de salud en actividades asistenciales, bioseguridad y de Vigilancia Epidemiológica.
3. El médico de primer contacto de unidades médicas de primer nivel de atención, deberá llevar a cabo la notificación a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica o Medicina Preventiva cuando exista un caso sospechoso en la unidad, (de acuerdo a la estrategia de muestreo en unidades USMER y no USMER), además de establecer coordinación con la Jurisdicción Sanitaria para el llenado del formato de estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral y toma de muestra, conforme a perfiles institucionales.
4. El médico de primer contacto de unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención deberá llevar a cabo la notificación a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH).
5. Ante la detección de un caso o defunción que cumpla la definición operacional de caso sospechoso o confirmado, procederá a llevar a cabo el aislamiento con las medidas antes descritas.
6. Verificar la aplicación de buenas prácticas y las medidas de bioseguridad que minimicen el riesgo de contagio durante la prestación del servicio.
7. Realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral (de acuerdo a la estrategia de muestreo en unidades USMER y no USMER).
8. Notificar todos los casos sospechosos de Infección Respiratoria Aguda Grave y llenado de estudio epidemiológico de caso de enfermedad respiratoria viral en el formato SUIVE-1 y en la hoja diaria del médico o equivalente institucional.
9. Notificar todos los casos, brotes y defunciones sospechosas de manera inmediata (antes de 24 horas) al nivel técnico superior.
10. Asegurar la calidad de la toma de muestra.

NIVEL JURISDICCIONAL O DELEGACIONAL

Representados por la Jurisdicción Sanitaria o Nivel Delegacional que funge como instancia de enlace técnico y administrativo para la Vigilancia Epidemiológica, que es la instancia responsable de:

1. Coordinación con las unidades médicas de primer nivel de atención para la realización del estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral y toma de muestra (de acuerdo a la estrategia de muestreo en unidades USMER y no USMER).
2. Verificar la notificación inmediata de los casos, brotes o defunciones de enfermedad respiratoria viral enviados por las unidades médicas.
3. Validar la información de los casos notificados por las unidades de salud.
4. Realizar de forma inmediata la notificación de los casos de enfermedad respiratoria viral al nivel estatal.
5. Realizar la captura del estudio epidemiológico de enfermedad respiratoria viral de forma inmediata en la Plataforma SISVER de la Dirección General de Epidemiología (DGE).
6. Las muestras de laboratorio correspondientes al caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral deberán ser enviadas al Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP) o al Laboratorio de Apoyo a la Vigilancia Epidemiológica (LAVE), con el formato de estudio epidemiológico de caso de enfermedad respiratoria viral para ser aceptados.
7. Participar en la capacitación y adiestramiento del personal en atención asistencial, medidas de bioseguridad y Vigilancia Epidemiológica.
8. Evaluar la información epidemiológica en el seno del Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (COJUVE), de acuerdo a sus funciones y atribuciones.
9. Difundir los avisos epidemiológicos a todas las unidades de salud y de Vigilancia Epidemiológica bajo su ámbito de responsabilidad, a fin de dar a conocer la situación epidemiológica de la enfermedad.
10. Mantener actualizado el panorama epidemiológico.
11. Realizar el monitoreo diario de los casos sospechosos o confirmados de enfermedad respiratoria viral.
12. Emitir un informe al nivel estatal sobre el estado de salud de los casos y contactos diariamente y actualizar el estatus de los mismos en la plataforma del SISVER.
13. Realizar el análisis epidemiológico con la información disponible en su jurisdicción / Delegación.
14. Convocar al personal del Sector, para participar en reuniones ordinarias y extraordinarias del COJUVE en caso de brotes.
15. Notificación inmediata de brotes al nivel técnico superior.
16. Participar en las acciones de investigación de casos sospechosos y brotes.
17. Difundir los procedimientos a todas las unidades de salud.
18. Asegurar la recepción de la muestra al laboratorio de procesamiento en coordinación con las unidades e instituciones.

NIVEL ESTATAL

De acuerdo con su función normativa y de línea jerárquica, es la instancia responsable de:

1. Difundir los lineamientos y avisos epidemiológicos a todas las jurisdicciones y delegaciones para todas las unidades de salud y de Vigilancia Epidemiológica del estado.
2. Verificar la aplicación de los lineamientos de Vigilancia Epidemiológica en todas las unidades de salud de la entidad.
3. Coordinar la capacitación y adiestramiento del personal en materia de Vigilancia Epidemiológica, prevención y control de la enfermedad respiratoria viral.
4. Coordinar la investigación de los casos sospechosos de enfermedad respiratoria viral
5. Validar la información epidemiológica de los casos de enfermedad respiratoria viral enviados por las jurisdicciones sanitarias o delegaciones.
6. Coordinar los estudios de brote de enfermedad respiratoria viral y realizar la notificación de forma inmediata a través de la plataforma de Notinmed
7. Gestionar los recursos necesarios para las actividades de Vigilancia Epidemiológica.
8. Evaluar la información epidemiológica de la enfermedad respiratoria viral en el seno del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE), de acuerdo a sus funciones y atribuciones.
9. Mantener actualizado el panorama epidemiológico nacional e internacional de la enfermedad respiratoria viral, principalmente de Influenza y COVID-19.
10. Convocar al personal del Sector Salud para participar en reuniones ordinarias y extraordinarias del CEVE.
11. Confirmar la recepción de la muestra en el laboratorio de procesamiento.
12. Gestionar la entrega oportuna de resultados de laboratorio.

NIVEL FEDERAL

De acuerdo con su función normativa y de línea jerárquica, es la instancia responsable de:

1. Normar las funciones para la Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad respiratoria viral.
2. Asesorar las actividades de Vigilancia Epidemiológica en todos los niveles operativos.
3. Coordinar las acciones de Vigilancia Epidemiológica ante la notificación de casos sospechosos, confirmados o de brotes de enfermedad respiratoria viral

4. Recibir la notificación de casos sospechosos o confirmados, así como de los brotes de enfermedad respiratoria viral, a través de los medios establecidos.
5. Validar la información epidemiológica de los casos de enfermedad respiratoria viral enviados por nivel estatal a través de la plataforma del SISVER.
6. Verificar la adecuada investigación de los estudios de casos y de brotes.
7. Evaluar los criterios de aceptación o rechazo de la muestra para su procesamiento.
8. Emitir el resultado de laboratorio de las muestras enviadas al InDRE que cumplieron con los criterios de aceptación descritos en el apartado de laboratorio.
9. Verificar el adecuado estudio de contactos de acuerdo a lo establecido en estos lineamientos.
10. Revisar en reuniones ordinarias o extraordinarias del CONAVE la situación epidemiológica a nivel internacional y nacional de la enfermedad respiratoria viral, reorientando las acciones de Vigilancia Epidemiológica de manera permanente.
11. Elaborar y difundir los avisos epidemiológicos sobre riesgos en la salud de la población.
12. Emitir las recomendaciones emanadas de los análisis multidisciplinarios que oriente la toma de decisiones para la prevención y control de daños a la salud de la población.
13. Mantener actualizado el panorama epidemiológico nacional e internacional.
14. Emitir la declaración de alta de brotes, que será cuando hayan pasado al menos dos periodos de incubación del padecimiento sin ocurrencia de casos nuevos (28 días), el cual podrá modificarse al obtener mayor información del comportamiento de en el caso de COVID-19.
15. Evaluar el impacto de las medidas de prevención y control.
16. Notificación de casos confirmados al Reglamento Sanitario Internacional.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTERNACIONAL

La vigilancia epidemiológica de enfermedades que ocurren fuera de nuestras fronteras y que constituyen un riesgo para la salud de la población se encuentra determinada en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽²⁰⁾

Debido al comportamiento de COVID-19 se debe revisar constantemente la información publicada por la OMS/OPS y la Dirección General de Epidemiología.

México tiene una gran conectividad con otros países a través de los puntos de entrada internacionales aéreos, marítimos y terrestres por actividades de turismo, comerciales, laborales, etc. por lo cual es importante.

ACCIONES DE DETECCIÓN ANTE COVID-19 EN AEROPUERTOS, PUERTOS MARÍTIMOS Y PASOS FRONTERIZOS TERRESTRES

Como parte de las medidas que deben establecerse en los puntos de entrada al país, siguiendo los lineamientos internacionales, se debe:

- Brindar a los viajeros, que arriban y salen del país, información que estimule y facilite la búsqueda de atención médica en caso de que se presente la enfermedad antes, durante o después de un viaje internacional.
- Promover, entre los viajeros, las buenas prácticas (higiene de manos, estornudo de etiqueta y uso de mascarilla quirúrgica desechable) en caso de presentar sintomatología de infección respiratoria aguda a fin de reducir el riesgo durante el viaje.
- Contar con personal designado y equipo de protección personal para la evaluación y gestión de viajeros enfermos detectados.
- Garantizar el traslado del paciente a la unidad que le sea designada para su atención, considerando las medidas de protección personal ya mencionadas, en caso de pacientes en estado crítico, realizar dicho traslado en ambulancia con equipo para soporte ventilatorio.
- Reforzar medidas preventivas y de preparación para la detección de casos sospechosos.
- Intensificar medidas para proveer a los viajeros información en relación con la enfermedad a través de la difusión de avisos preventivos de viaje actualizados, mensajes de promoción de la salud, en áreas visibles para consulta de los viajeros.
- Mantener actualizados los avisos y comunicados de la Dirección General de Epidemiología.

DETECCIÓN EN PUNTOS DE ENTRADA

En general, la evidencia en la literatura revisada no recomienda exámenes de ingreso como una medida eficiente a fin de detectar viajeros o personas con enfermedades infecciosas en los puntos de entrada a los países, especialmente en este caso donde la sintomatología de la enfermedad es muy común; sin embargo, si se decide aplicar este tipo de medidas se recomienda que vayan acompañadas por la difusión de mensajes de comunicación de riesgos. ⁽²²⁾

Cuando a los servicios de sanidad internacional de los puntos de entrada se les reporten que existen personas con sintomatología respiratoria, además de la vigilancia realizada de forma rutinaria pudieran aplicar evaluaciones de entrada de acuerdo a la definición operacional vigente. Dichos exámenes podrán realizarse a través de:

- Observación visual: el personal que se encuentra en el punto de entrada podrá detectar a viajeros enfermos con síntomas sugestivos de enfermedad respiratoria viral.
- Entrevistas o cuestionarios: haciendo especial énfasis en síntomas respiratorios e historial de viaje.
- Controles térmicos: La evidencia ha demostrado que la detección de temperatura para identificar posibles sospechosos en puntos de entrada no es altamente efectiva y requiere de una inversión sustancial de recursos. Sin embargo, idealmente este tipo de detección puede realizarse con termómetros médicos infra-rojos, en caso de que el punto de entrada cuente con la capacidad para realizarlos. Deben utilizarse termómetros que no requieran contacto táctil.

La detección de temperatura en el punto de entrada debe ser complementada con una estrategia de detección temprana de personas sintomáticas y con la derivación para la atención médica correspondiente que sea necesaria. ⁽²²⁾

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INICIAL DE CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL EN PUNTOS DE ENTRADA INTERNACIONALES

Identificación de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral durante viajes en aeronaves o embarcaciones.

Los medios de transporte deberán basarse en estos lineamientos y en las recomendaciones internacionales para la gestión de eventos de salud pública en el transporte aéreo y embarcaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

Es necesario verificar que se cuente con el equipo de protección personal correspondiente para pasajeros y tripulación. En caso de que alguna persona desarrolle síntomas durante su traslado, se procederá de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada transportista.

Para la evaluación de los riesgos de un evento relacionado con COVID-19, u otra enfermedad respiratoria viral que de las que se encuentran bajo vigilancia, es preciso verificarlo, la gestión de los viajeros enfermos en los puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres internacionales comprende las siguientes medidas:

1. Detección de viajeros enfermos
2. Interrogatorio a los viajeros enfermos en relación con enfermedad respiratoria viral
3. Notificación de las alertas relativas a los viajeros enfermos sospechosos de ser casos de enfermedad respiratoria viral
4. Aislamiento de los viajeros enfermos sospechosos de ser casos de enfermedad respiratoria viral y adopción de medidas iniciales de gestión y traslado de casos.

Al detectar un caso sospechoso, el área de sanidad internacional deberá verificar los hechos de la manera más exhaustiva posible. Se debe obtener información de las fuentes que sean necesarias (viajero, operador de la aeronave o los servicios médicos en tierra).

- **Alertamiento.** Al detectar y verificar un caso sospechoso durante el transporte, se implementarán los protocolos dispuestos por cada transportista. De acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, si un viajero a bordo de una aeronave / barco tiene signos y síntomas indicativos de infecciones respiratorias agudas, el modelo de declaración de salud marítima (Anexo 8 del RSI) o la parte de salud de la declaración general de la aeronave (Anexo 9 del RSI) puede utilizarse para registrar la información de salud a bordo y enviarla a las autoridades sanitarias del punto de entrada cuando así lo requiera el país.

La tripulación de cabina debe seguir los procedimientos operativos recomendados por la Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA) con respecto a la gestión de sospechas de enfermedades transmisibles a bordo de una aeronave. ⁽²³⁾

ACTIVIDADES DE SANIDAD INTERNACIONAL

Una vez recibida la notificación de un viajero con fiebre y/o sintomatología respiratoria a bordo, los servicios de sanidad internacional del punto de entrada deberán:

- Indicar a la tripulación mantener al viajero con fiebre y/o sintomatología respiratoria en un espacio donde tenga el menor contacto posible con la tripulación o pasajeros.
- Es recomendable que a partir de ese momento cualquier persona que tenga contacto con el viajero con fiebre y/o sintomatología respiratoria utilice equipo de protección personal adecuado.
- Si a bordo de la aeronave o navío se cuenta con mascarillas quirúrgicas desechables se proporcionará al paciente para su uso. Si se identifica un pasajero con síntomas en un navío, se recomendará que mantengan una distancia al menos un metro con el paciente.
- El personal de Sanidad Internacional realizará la evaluación del caso para verificar que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral en un área designada para derivar a los viajeros enfermos para la evaluación correspondiente. En dicha evaluación se deberá interrogar de la forma más completa posible la semiología de los signos o síntomas que presente el paciente, así como el historial de viaje y posible exposición a otras personas enfermas. Se deberá proporcionar una mascarilla quirúrgica desechable al paciente tan pronto como sea posible. El personal que realice la evaluación, deberá valorar con base en las características del punto de entrada y de la posibilidad de exposición de más personas con el paciente, si ésta se realiza en el lugar donde se encuentra el paciente o es trasladado a un área de menor riesgo de transmisión, asimismo, el personal de sanidad internacional deberá usar el equipo de protección personal requerido en todo momento.

ACTIVIDADES ANTE UN CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL

De confirmarse los criterios de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, los servicios de sanidad internacional deberán:

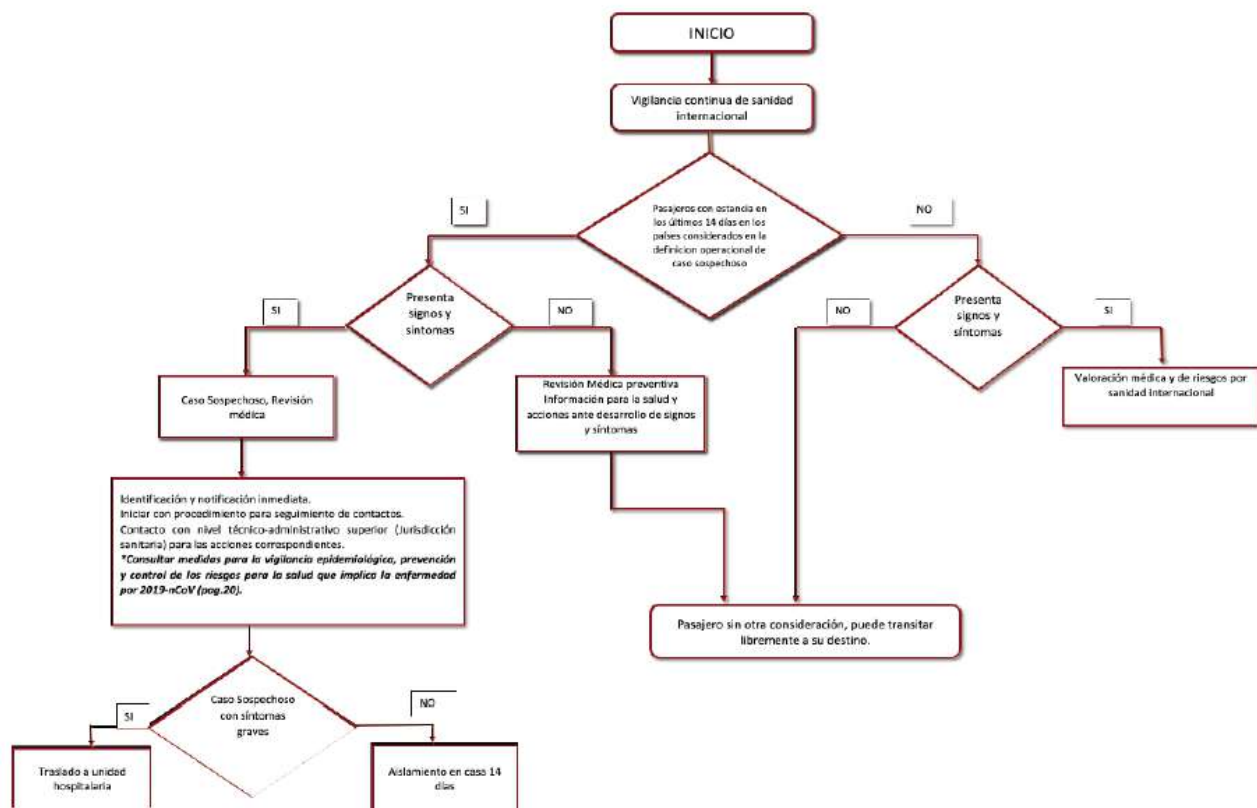
- Utilizar las medidas de precaución establecidas en el apartado de vigilancia epidemiológica. (Cuadro 1)
- Notificar inmediatamente el caso sospechoso al nivel técnico administrativo superior y a través de los mecanismos establecidos en este lineamiento en el apartado de vigilancia epidemiológica.
- Durante el traslado del caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral a un área diferente a donde se encuentre es recomendable hacerlo por áreas con bajo tránsito de personas y el paciente deberá usar mascarilla quirúrgica desechable.

IDENTIFICACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL EN AEROPUERTO, PUERTOS O PUNTOS DE ENTRADA TERRESTRE

Identificación.

Identificación por sanidad internacional mediante evaluación de los viajeros a su entrada de acuerdo a la definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral vigente.

Actividades de identificación de casos sospechosos de los viajeros en puntos de entrada



Evaluación

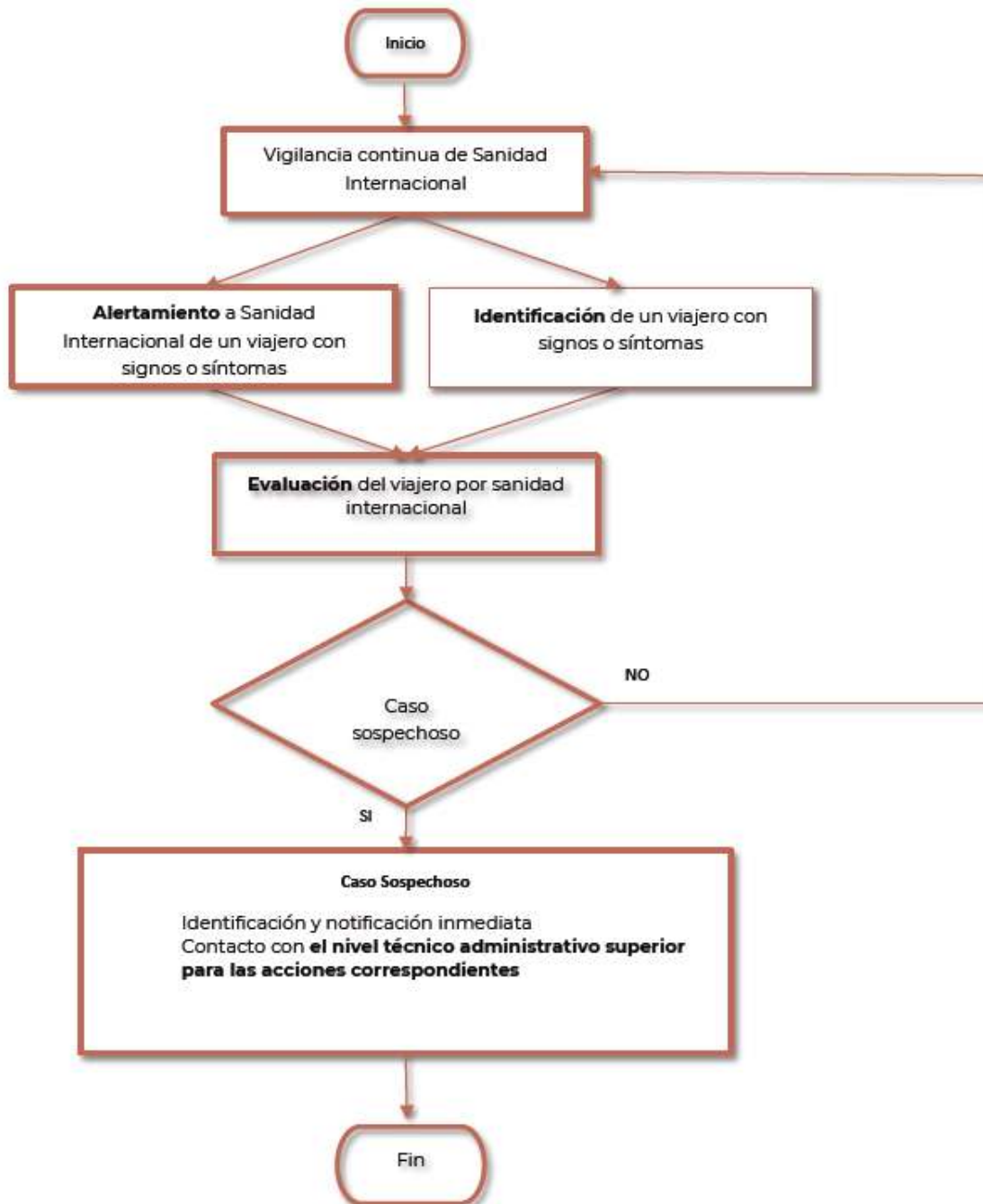
El personal de Sanidad Internacional realizará la evaluación del caso para verificar que cumpla con la definición operacional. En dicha evaluación, se deberá interrogar, de forma completa, la semiología de los signos o síntomas que presente el paciente, así como el historial de viaje y posible exposición con otras personas enfermas. El personal que realice la evaluación deberá valorar si ésta se realiza en el lugar donde se encuentra el paciente o es trasladado a un área de menor riesgo. Asimismo, el personal de Sanidad Internacional deberá usar equipo de protección personal en todo momento.

Actividades ante un caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

- Notificación inmediata del caso sospechoso al nivel técnico administrativo superior en las primeras 24 horas a partir de su detección a través de los mecanismos establecidos para la notificación de casos sospechosos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Realizar estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral (Anexo 1)
- Si es necesario trasladar al caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral a un área diferente del punto de entrada, es recomendable hacerlo por áreas con bajo tránsito de personas y el paciente deberá usar mascarilla quirúrgica desechable y realizar las acciones correspondientes en coordinación con el nivel técnico administrativo superior.

Todos los casos confirmados de COVID-19, serán notificados al Punto de Contacto de la Organización Panamericana de la Salud de acuerdo al RSI a través del Centro de Enlace en el formato para COVID-19 que fue establecido por la OMS.

Algoritmo. Procedimiento de Atención Inicial de caso sospechoso en puertos,
aeropuertos y otros establecimientos públicos



PROCEDIMIENTOS PARA REPATRIACIÓN DE CONNACIONALES ANTE COVID-19

Preparación de los connacionales antes del traslado:

Todos los connacionales repatriados deberán estar en contacto con las autoridades migratorias y sanitarias del país antes de realizar la operación, para efectos de seguimiento previo al viaje de repatriación.

1. La tripulación de la aeronave deberá estar debidamente informada, equipada y capacitada, así como conocer los signos y síntomas para detectar COVID-19. Asimismo, deberán prepararse en los procesos que se pretendan realizar durante el operativo, a fin de evitar exposiciones que los pongan en riesgo de contaminación.
2. Se recomienda a la tripulación contar con una lista de verificación sobre el equipo de protección personal que se debe llevar para el abordaje de los connacionales, de acuerdo con los procedimientos recomendados de bioseguridad y elementos de protección personal recomendados.
3. Antes de la salida, es recomendable un examen médico que incluya la medición de temperatura y la aplicación de un cuestionario clínico estandarizado y estudio epidemiológico para la detección temprana de los síntomas por parte del equipo médico que acude a la recepción de los connacionales.
 - o Confirmado el vuelo de repatriación, los Servicios de Salud Estatales deberán capacitar a las familias de los repatriados sobre el procedimiento de cuarentena (aislamiento) al que serán sujetos en territorio nacional por parte de la Secretaría de Salud Estatal y las medidas preventivas que se deben implementar durante dicho aislamiento.

NOTA: Solo podrán abordar el vuelo de repatriación, aquellas personas que a la fecha de retorno estén asintomáticos.

Previo al traslado a México:

1. La tripulación contará con el listado de connacionales incluyendo número de identificación.
2. Los connacionales deberán contar con los documentos de viaje requeridos por las autoridades locales de los países en donde se realicen las escalas. Esta información será remitida por la Secretaría de Relaciones Exteriores, previo al traslado.

Para la evaluación de los connacionales previo al vuelo:

El personal de salud designado para la operación de repatriación realizará una corta entrevista y evaluación rápida a los connacionales a repatriar, para verificar las condiciones de salud antes de subir al avión de traslado. Esta evaluación se realizará en el lugar designado para la operación por las autoridades de sanidad del aeropuerto de salida.

a. Recomendaciones al equipo de salud

1. Designar asientos y rutas de movimiento de pasajeros. Designar área para colocación de potencial RPBI.
2. Reconocer instalaciones y áreas designadas para recepción de connacionales.
3. Verificar que se encuentren insumos y equipo de protección personal distribuidos en paquetes para entregar a cada uno de los connacionales e incluir rótulo para equipaje de mano.
4. Acudir al sanitario previo a la colocación del equipo de protección personal y realizar lavado de manos con agua y jabón.
5. Colocar equipo de protección personal (EPP) siguiendo la lista de verificación anexa a este protocolo (precauciones de contacto, incluir googles y precauciones de vía aérea con respirador N-95). El personal del sector salud verificará se cumpla el procedimiento. (Anexo 4)
6. Dirigirse a la zona de recepción de las personas que abordarán el vuelo.
7. Evaluar a las personas que serán repatriadas utilizando:
 - Se sugiere el uso de la lista de cotejo de síntomas clínicos y registro de signos vitales para corroborar que las personas se encuentren asintomáticas y en condiciones adecuadas para viajar. (Anexo 5)
 - Para la toma de signos vitales se deberá de realizar la desinfección del estuche diagnóstico y cualquier equipo antes y después de la valoración de cada uno de los connacionales con toallas alcoholadas, hipoclorito de sodio o peróxido de hidrógeno activado. Entre cada valoración realizar cambio de guantes del personal, haciendo higiene de manos con solución alcoholada a una concentración superior al 60% de acuerdo al procedimiento.
 - En caso de identificar que los connacionales no son aptos por cuestiones clínicas para su traslado se informará a las autoridades correspondientes.
8. En caso de no existir contraindicación clínica para continuar con el proceso de repatriación, se le explicará el protocolo de ingreso al territorio nacional.
9. Antes del abordaje, se recomienda el consumo de un refrigerio y acudir al sanitario indicado por las autoridades y posterior lavado de manos con agua y jabón.

b) Previo al viaje, se indicará lo siguiente a los connacionales:

- a. Colocar su equipaje de mano en una bolsa impermeable. Sellarla con una cinta adhesiva y coloque sus datos personales. Colocar sus documentos personales en una bolsa aparte.
- b. Realizar higiene de manos con soluciones base alcohol gel.
- c. Colocar mascarilla quirúrgica.
- d. Realizar higiene de manos con alcohol gel.
- e. Colocar bata desechable.
- f. Realizar higiene de manos con alcohol gel.
- g. Colocar guantes.

Ingreso a la aeronave

Al ingreso a la aeronave se indicará a cada connacional su asiento designado, el cual deberá estar separado en la medida de lo posible de otros pasajeros, de preferencia dos filas entre cada uno.

1. Durante todo el viaje, los connacionales repatriados permanecerán en las sillas asignadas y solo podrán desplazarse en el área autorizada.
2. Una vez en su lugar se les indicarán las medidas de seguridad durante el vuelo por personal de designado así mismo el personal de salud deberá de recordarles las indicaciones sobre las medidas preventivas que se deben mantener durante la repatriación.
 - a. En caso de inicio de síntomas durante el vuelo:

En caso que un pasajero comience a presentar síntomas, dadas las características de la aeronave, deberá reportar al personal de salud o a la autoridad que corresponda, encargado de la aeronave la presencia de síntomas y el personal de salud le indicará al connacional se cambie de mascarilla quirúrgica, la deseche en la bolsa exclusiva para esto y se coloque el respirador N95, y se desinfectará las manos con la solución base alcohol.
 - b. En caso de alguna otra contingencia médica, el personal de salud aplicará los procedimientos y medidas pertinentes según la necesidad de atención médica.
 - c. En caso de vómito:
 - El personal de salud con equipo de protección personal cubrirá el vómito con compresas o jergas con solución clorada al 0.1% para su inactivación. Se colocarán las jergas o compresas en bolsa de plástico que se sellará.
 - La bolsa de plástico se colocará en zona identificada de la aeronave para colocación de desechos por el equipo de salud cuidando de no contaminarse.
 - Realizar cambio de mandil y de guantes posterior a este procedimiento, realizando higiene de manos conforme a anexo.
 - Se entregará al connacional una toalla alcoholada, con cloro o

- con peróxido activado para limpieza en caso que fuese necesario y se realizará cambio de EPP colocando el material potencialmente contaminado en bolsa de plástico.
- d. En caso de uso de sanitarios durante el vuelo:
- En caso de requerir uso de sanitario seguir las siguientes recomendaciones:
 - o Se deberá asegurar el cierre de la puerta (se entregará solución clorada al pasajero que utilice el sanitario para realizar inactivación de excretas en el excusado).
 - o Posterior a la inactivación de excretas el pasajero deberá retirarse el equipo de protección personal (bata, guantes y mascarilla quirúrgica) y colocarlo en una bolsa de plástico.
 - o Realizar higiene de manos con agua y jabón.
 - o Al salir del baño el pasajero deberá colocar la bolsa con EPP potencialmente contaminada dentro de una bolsa limpia que tendrá el equipo de atención.
 - o El pasajero deberá realizar higiene de manos y colocarse el nuevo equipo de protección personal siguiendo el protocolo.
 - o Regresar a su lugar.
- e. En caso de que se moje la mascarilla quirúrgica:
- Desinfecte los guantes con toalla alcoholada
 - Retire los guantes
 - Realice higiene de manos con solución alcoholada
 - Retire mascarilla quirúrgica sin tocar el centro de la misma
 - Coloque mascarilla en una bolsa de plástico que será entregada por el equipo de atención.
 - Realice higiene de manos
 - Coloque nueva mascarilla, asegúrese de amarrar bien los sujetadores y cubrir perfectamente la barbilla.
 - Realice higiene de manos
 - Coloque guantes limpios.
- f) Las indicaciones para el manejo de residuos se harán a través del sistema de comunicaciones del avión a cargo del técnico aeronáutico.
- g) El comandante de la aeronave hará reporte periódico sobre la situación a bordo a través de los canales oficiales de comunicación aeronáutica.

Después del viaje (Recepción en territorio mexicano):

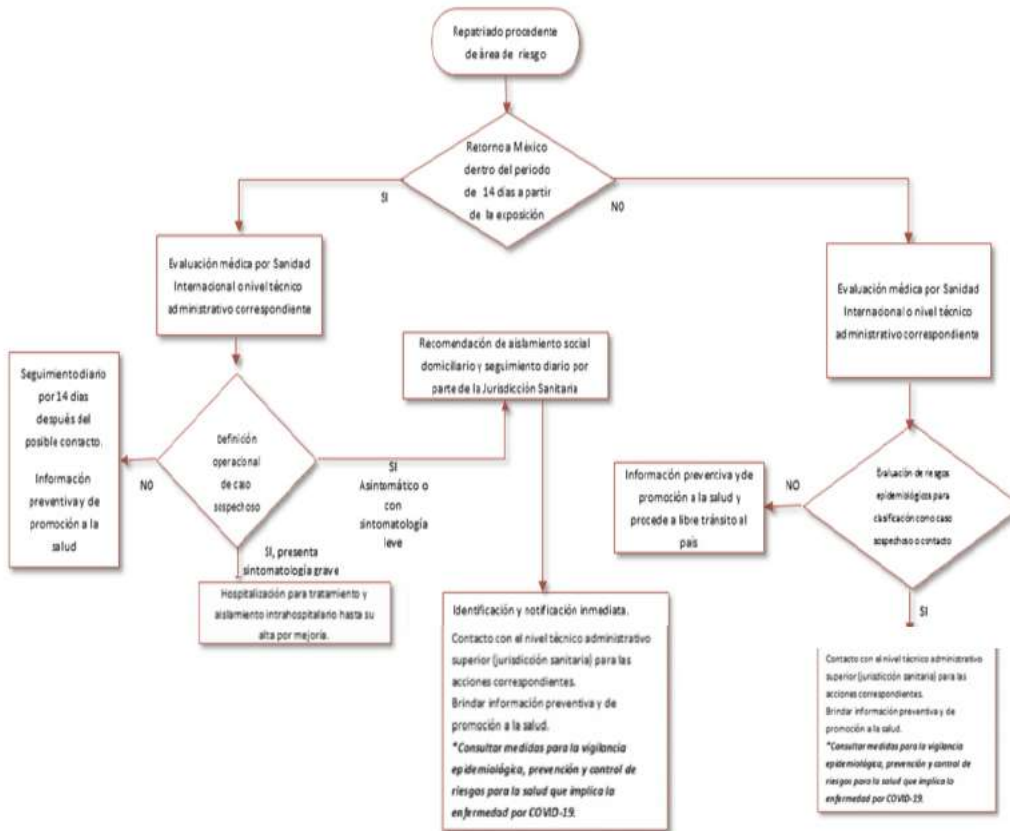
1. Antes del aterrizaje, el comandante de la aeronave hará la declaración de salud correspondiente con base en el análisis de la situación por parte del equipo de salud, identificando claramente el estado de salud de cada connacional. Dicho reporte se hará con la suficiente antelación para que las autoridades aeroportuarias y sanitarias en tierra desplieguen las acciones de respuesta necesarias.

2. Al momento del aterrizaje, la aeronave será dirigida a la zona asignada por el aeropuerto y las autoridades para el desembarque y posterior limpieza y desinfección.
3. El Instituto Nacional de Migración contará previamente con el listado de personal abordo (connacionales repatriados y tripulación), y realizará el procedimiento de ingreso a territorio nacional de acuerdo a sus lineamientos.
4. Todo personal que vaya a tener contacto con los pasajeros al momento del aterrizaje deberá usar equipo de protección personal para su evaluación.
5. Previo al descender y salir al área indicada, se instruirá a los connacionales repatriados procedentes de países con transmisión local comunitaria realizar desinfección de manos con soluciones base alcohol y dirigirse al lugar designado para su atención.
6. El personal que asistió el vuelo procederá a retiro de EPP en zona designada siguiendo instrucciones de anexo.

Procedimiento de Atención a repatriados ante COVID-19.

- o Evaluación preventiva (Sanidad Internacional o nivel técnico administrativo correspondiente de acuerdo al protocolo estatal).
 - o Se dará información preventiva y de promoción a la salud además del contacto para UIES o del nivel estatal que corresponda en caso de presentar sintomatología.
 - o Seguir las recomendaciones de aislamiento domiciliario y de resguardo de acuerdo a la normatividad vigente.
- Si se define como caso sospechoso:
- o Se deberán seguir protocolos de vigilancia epidemiológica y laboratorio.
 - o En caso de enfermedad leve se realizará aislamiento preventivo y se dará seguimiento de acuerdo a los criterios establecidos para los casos sospechosos en estos lineamientos.
 - o En caso de enfermedad moderada o grave será trasladado a unidad hospitalaria designada para su atención médica.

Algoritmo. Procedimiento de Atención a la llegada de repatriados procedentes de áreas de ALTO riesgo de contagio de COVID-19



Limpieza y desinfección de aeronave:

- Se realizarán acciones de limpieza y desinfección posterior al desembarco de los tripulantes y connacionales repatriados.
- Manejar todos los desechos de acuerdo con los requisitos o directrices reglamentarios, se eliminarán en un contenedor para desechos biológicos (contenedor rojo), el cual debe estar previamente identificado por el personal en general para el manejo de residuos. Una vez completado el viaje dicho contenedor deberá ser manejado de manera exclusiva por parte de las autoridades de salud competentes bajo la ruta sanitaria.
- Recordar que la limpieza interior del transporte terrestre debe estar de acuerdo a los lineamientos de normatividad aeronáutica establecidos para ello.

APOYO DE OTRAS INSTANCIAS A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En caso de ser requerido, las autoridades de los tres órdenes de gobierno, instancias internacionales y organismos no gubernamentales, así como los profesionales técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, apoyarán a las actividades de vigilancia epidemiológica que se consideren necesarias.

DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información de la situación epidemiológica deberá ser proporcionada por el vocero único, autorizado por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, para difundir a la población el comportamiento de la enfermedad, así como mensajes de promoción y prevención de COVID-19, con la finalidad de dar a conocer los riesgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Risk assessment - pneumonia Wuhan China 17 Jan 2020.pdf [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk%20assessment%20%20pneumonia%20Wuhan%20China%2017%20Jan%202020.pdf>
2. Int J Infect Dis. 2020 Jan 14; 91:264-266 The continuing COVID-19 epidemic threat of novel coronaviruses to global health - The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. Hui DS, I Azhar E, Madani T, Ntoumi F, Kock R, Dar O, Ippolito G, Mchugh TD, Memish ZA, Drosten C, Zumla A, Petersen E.
3. Novel Coronavirus 2019, Wuhan, China | CDC [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/index.html>
4. Novel Coronavirus in Hubei Province, China [Internet]. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/warning/novel-coronavirus-wuhan-china>
5. Mandell Douglas and Bennetts Enfermedades Infecciosas. Principios y Practica 8e_booksmedicos2.org.pdf.
6. Coronavirus | Human Coronavirus Types | CDC [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/types.html>
7. Coronavirus [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
8. Coronavirus | About | Symptoms and Diagnosis | CDC [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/about/symptoms.html>
9. SRAS | Información básica sobre el SRAS | CDC [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/sars/about/fs-sars-sp.html>
10. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Nuevo coronavirus (2019- nCoV) 20 de enero de 2020.
11. http://www.chinacdc.cn/yyrdgz/202001/t20200109_211159.html
12. Novel Coronavirus (COVID-19) | Situations reports | OMS [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>
13. WHO Statement Regarding Cluster of Pneumonia Cases in Wuhan, China | OMS [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/china/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china>
14. Novel 2019 coronavirus genome | Virological.org [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <http://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319>

15. Phylogenetic Analysis Shows Novel Wuhan | Eco Health Alliance [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <http://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319>
16. Novel Coronavirus (COVID-19 – Situation Report - 17 | OMS [Internet]. [citado 07 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200206-sitrep-17-ncov.pdf?sfvrsn=17f0dca_4
17. Novel Coronavirus – Japan (ex-China) | OMS [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/17-january-2020-novel-coronavirus-japan-ex-china/en/>
18. Novel Coronavirus – Republic of Korea (ex-China) | OMS [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/21-january-2020-novel-coronavirus-republic-of-korea-ex-china/en/>
19. First Travel-related Case of 2019 Novel Coronavirus Detected in United States | CDC [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/media/releases/2020/p0121-novel-coronavirus-travel-case.html>
20. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Segunda edición, 2008 (2): 1-89
21. Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, China; First cases imported in the EU/EEA; second update | ECDC [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk-assessment-pneumonia-Wuhan-China-26-Jan-2020_0.pdf
22. Updated WHO advice for international traffic in relation to the outbreak of the novel coronavirus COVID-19 | OMS [Internet]. [citado 22 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/ith/2020-24-01-outbreak-of-Pneumonia-caused-by-new-coronavirus/en/>
23. WHO advice for international travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China | OMS [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/ith/2020-0901_outbreak_of_Pneumonia_caused_by_a_new_coronavirus_in_C/en/
24. Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft (RAGIDA) | ECDC [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infectious-diseases-transmitted-on-aircrafts-ragida-risk-assessment-guidelines.pdf>
25. Who. Key considerations for repatriation and quarantine of travellers in relation to the outbreak of Novel Coronavirus 2019-nCoV. Feb.2020.
26. Organización Mundial de la Salud. La gestión de los viajeros enfermos en los puntos de entrada –aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres internacionales– en el contexto del brote de COVID-19. Directrices provisionales. 16 de febrero de 2020.

27. Manual para la gestión de eventos de salud pública en el transporte aéreo: actualizado con información sobre la enfermedad por el virus del Ebola y el síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus [Handbook for the management of public health events in air transport: updated with information on Ebola virus disease and Middle East respiratory syndrome coronavirus]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY- NC-SA 3.0 IGO.
28. Handbook for management of public health events on board ships [Handbook for management of public health events on board ships]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Licencia: CC BY- NC-SA 3.0 IGO.

ANEXOS

ANEXO 1. Formato de Estudio de Caso Sospechoso de COVID-19

SALUD		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	SNDIF	INPI
Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral								
DATOS GENERALES								
Nombre de la unidad:								
Fecha de notificación en plataforma: dd/mm/aaaa			Folio plataforma:					
Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		
Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: CURP:								
Sexo:	Hombre: ☐	Mujer: ☐	¿Está embarazada?	Si ☐ No ☐	Meses de embarazo:		Se encuentra en periodo de puerperio	Si ☐ No ☐ Días de puerperio
Nacionalidad: Mexicana: ☐ Extranjera: ☐			¿Es migrante?		Si ☐ No ☐	País de nacionalidad:		País de origen:
Países en tránsito en los últimos tres meses:			1	2	3	Otro:		Fecha de ingreso a México:
País de nacimiento:			Entidad federativa de nacimiento:					
Entidad de Residencia:			Municipio de residencia:					
Localidad:								
Calle:						Número:		
Entre qué calles: y								
Colonia:			C.P.:			Teléfono:		
¿Se reconoce como indígena?			Si ☐ No ☐	¿Habla alguna lengua indígena?			Si ☐ No ☐	
Ocupación:								
¿Pertenece a alguna institución educativa?								
DATOS CLÍNICOS								
Servicio de ingreso:			Tipo de paciente: 1=Ambulatorio ☐ 2=Hospitalizado ☐					
Fecha de ingreso a la unidad: dd/mm/aaaa			Fecha de inicio de síntomas: dd/mm/aaaa					
A partir de la fecha de inicio de síntomas:								
¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?								
	Si	No	Co-morbilidad					
Inicio súbito de los síntomas	☐	☐	Diabetes	Si	No	☐	☐	
Fiebre	☐	☐	EPOC	☐	☐	☐	☐	
Tos	☐	☐	Asma	☐	☐	☐	☐	
Cefalea	☐	☐	Inmunosupresión	☐	☐	☐	☐	
Disnea	☐	☐	Hipertensión	☐	☐	☐	☐	
Irritabilidad	☐	☐	VIIH/SIDA	☐	☐	☐	☐	
Diarrea	☐	☐	Otra condición	☐	☐	☐	☐	
Dolor torácico	☐	☐	Enfermedad cardiovascular	☐	☐	☐	☐	
Escalofríos	☐	☐	Obesidad	☐	☐	☐	☐	
Odinofagia	☐	☐	Insuficiencia renal crónica	☐	☐	☐	☐	
Mialgias	☐	☐	Tabaquismo	☐	☐	☐	☐	
Artralgias	☐	☐	Otros	☐	☐	☐	☐	
Ataque al estado general	☐	☐	Especifique otros:					
Rinorrea	☐	☐						
Polipnea	☐	☐						
Vómito	☐	☐						
Dolor abdominal	☐	☐						
Conjuntivitis	☐	☐						
Cianosis	☐	☐						
Otro	☐	☐						
Diagnóstico probable:			1=Enfermedad tipo influenza (ETI) ☐ 2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG) ☐					
*ETI es considerada como Enfermedad Respiratoria Leve								

TRATAMIENTO	
¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?	Si No ☐ ☐
¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?	Si No ☐ ☐
Si la respuesta fue afirmativa: Seleccione el antiviral: 1=Amantadina 2=Rimantadina 3=Osetamivir 4=Zanamivir 5=Otro, Especifique otro: 	
¿Cuándo se inició el tratamiento con ese antiviral? dd/mm/aaaa	
En la unidad médica:	
¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos?	Si No ☐ ☐
¿Se inicia tratamiento con antivirales?	Si No ☐ ☐
Seleccione el antiviral: 1=Amantadina 2=Rimantadina 3=Osetamivir 4=Zanamivir 5=Otro, Especifique otro: 	
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	
¿Tuvo contacto con otros casos con enfermedad respiratoria en las últimas dos semanas?	Si No ☐ ☐
Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:	
Aves Cerdos	Otro animal
¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?	Si No ☐ ☐
Pais:	Ciudad:
¿Recibió la vacuna contra influenza en último año?	Si No ☐ ☐
Fecha de vacunación:	dd/mm/aaaa
LABORATORIO	
¿Se le tomó muestra al paciente?	Si No ☐ ☐
Laboratorio que procesará la muestra:	
Tipo de muestra:	1=Exudado faríngeo 2=Exudado Nasofaríngeo 3=Lavado bronquial 4=Biopsia de pulmón
Fecha de toma de muestra:	dd/mm/aaaa
Resultado:	
EVOLUCIÓN	
Evolución:	1=Aíta 2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado 3=Caso grave 4=Caso no grave 5=Defunción
Si el caso se da de alta:	Especifique la evolución: 1=Mejoría 2=Curación 3=Voluntaria 4=Traslado
¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?	Si No ☐ ☐
¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?	Si No ☐ ☐
¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad?	Si No ☐ ☐
Fecha de egreso:	dd/mm/aaaa
Defunción:	Fecha de defunción: dd/mm/aaaa
Folio de certificado de defunción	*Defunción por influenza Si No ☐ ☐
*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por influenza o defunción con influenza	
Nombre y cargo de quien elaboró	Nombre y cargo de quien autorizó
Fecha de elaboración: dd/mm/aaaa	

[illegible]

[illegible]

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																Total					
			< de 1 año						1-4						5-9						Total			
			M		F		M		F		M		F		M		F		M	F				
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F								
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	41																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	110																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	4																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	127																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	4																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	126																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	112																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	4																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	4																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	11																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	12																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	109																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	111																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	9																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	8																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	107																						
	DIABETES MELLITUS (E10-E14)	10																						
	NUTRICIÓN	DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)	101																					
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		102																						
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		106																						
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		103																						
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		114																						
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		115																						
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		116																						
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		105																						
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		108																						
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		109																						
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		110																						
DEFICIENCIA DE VITAMINA A (E50)		111																						

Se debe notificar inmediatamente a presencia de brotes o epidemias de cualquier enfermedad, zoonosis o emergencia de epidemias y zoonosis, así como los eventos que consideren necesario incluir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, estas a su vez, los códigos deberán ser modificados luego de los resultados de la investigación o estudio epidemiológico. Las claves 1387, 1398 son códigos provisionales utilizados por el CIBICEN y la Vigilancia Epidemiológica, estas a su vez, los códigos deberán ser modificados luego de los resultados de la investigación o estudio epidemiológico.

ANEXO 3. Colocación y Retiro de Equipo de Protección Personal

Vestido



Desvestido



ANEXO 4. Lista de Verificación para Viaje**Lista de verificación para viaje**

Fecha: _____

Nombre (s)		Apellido Materno		Apellido Paterno	
Edad					
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	
Sexo	Hombre: Mujer:	¿Está embarazada?			Si: No:

Antecedentes

Alergias	
Medicamentos	
Comorbilidades	
Otros	
¿Tuvo contacto con un caso confirmado o bajo investigación?	
¿Fue aislado en el país del que viaja? ¿Cuántos días?	

Signos y síntomas Clínicos

	Si	No
Fiebre		
Tos		
Rinorrea		
Odinofagia		
Cefalea		
Otro		

Signos Vitales

TA: / mmHg	FC: x´	FR: x´	Temp: -C
------------	--------	--------	----------

Otras alteraciones:

Es apto para viajar

SI

☐

NO

☐

Nombre y firma de la persona que realizó la valoración

ANEXO 5. Consentimiento informado para Connacionales

Lugar y Fecha: __, ____; ____ de ____ de 2020

Yo _____
_____, de _____ años expreso mi libre voluntad para autorizar el traslado en la aeronave _____ después de haberme proporcionado la información completa sobre mi estado actual, la cual fue otorgada en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo, informándome sobre los beneficios, posibles riesgos y complicaciones durante el proceso de repatriación a México.

De igual forma el médico me informó sobre, el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla antes del traslado. Así mismo con el propósito de que mi atención se adecuada, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas de tripulación, personal médico, uso de precauciones y protocolo al ingreso del territorio nacional.

Por lo anterior otorgo mi autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del traslado en aeronave.

Lugar de origen:

Lugar de traslado:

Nombre completo y firma del pasajero	Nombre completo y firma del testigo
Nombre completo y firma del personal médico	Nombre completo y firma del testigo

Nota: En caso de que no se acepte el traslado, favor de informar a UIES 800 00 44 80

ANEXO 6. Consentimiento informado para Connacionales

LÍNEA DIRECTA COVID-19

ESTADO	TELÉFONO ASESORÍA COVID 19
Aguascalientes	449 910 7900 Ext. 7133
Baja California	686 304 8048 664 108 2528 646 239 0955 646 947 5408
Baja California Sur	612 199 5386 624 228 6855
Campeche	911
Coahuila	911
Colima	800 337 2583 800 DE SALUD
Chiapas	800 772 2020 961 607 7674
Chihuahua	614 4293 300 Ext. 10004 *911
Ciudad de México	555 658 1111 o envía un SMS con la palabra covid19 al 51515
Durango	618 137 7306 618 325 1573 618 134 7042
Guanajuato	800 627 2583 911
Guerrero	747 47 118 63
Hidalgo	771 719 4500
Jalisco	333 823 3220
Estado de México	800 900 3200
Michoacán	800 123 2890

ESTADO	TELÉFONO ASESORÍA COVID 19
Morelos	777 314 3336
Nayarit	311 217 9556 911
Nuevo León	818 361 0058 070 911
Oaxaca	951 516 1220 951 516 8242
Puebla	800 420 5782 911
Querétaro	482 101 5205
Quintana Roo	800 832 9198
San Luis Potosí	800 123 8888
Sinaloa	667 713 0063
Sonora	662 216 2759
Tabasco	800 624 1774
Tamaulipas	834 318 6320 834 318 6321
Tlaxcala	911
Veracruz	800 123 456
Yucatán	999 9303 050 Ext. 45042 911
Zacatecas	800 YO SALUD
Pemex	551 944 2500 Ext. 891 29 401 551 944 2500 Ext. 891 29 408



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA