

Artículo original

Estrategia multidisciplinaria para la reducción de daños a la salud por influenza, temporada invernal en Jalisco 2015-2016

Nuño-Bonales A.I. (1), Plascencia-Mendoza V. M. (2), Carrillo-Santoscoy J.P. (3), Sánchez-González J.M. (4), Cruces-Mada A. (5)

(1) Coordinador Estatal de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Programa Estatal de Influenza. (2) Coordinador Estatal del Programa de Acción Específico de las Enfermedades Respiratorias e Influenza. (3) Director de Prevención y Control de Enfermedades. (4) Director General de Salud Pública. (5) Secretario de Salud Jalisco y Director del OPD Servicios de Salud Jalisco.

Resumen

Durante la temporada invernal 2015-2016, la circulación del virus de la influenza registró un incremento importante en América del Norte. En México, el número de casos confirmados fue el mayor identificado desde la pandemia del 2009, el comportamiento atípico en cuanto al inicio, prevalencia de subtipos, e instalación de los casos aunado a los retos para la prevención y control de la enfermedad en Jalisco, derivaron en el fortalecimiento de una estrategia multidisciplinaria de promoción, vacunación y comunicación social que diera avance a los desafíos que la salud pública precisaba. La identificación de casos, la tipificación oportuna mediante un sistema eficaz y sensible de vigilancia epidemiológica, la comunicación con las áreas preventivas y la vinculación con otras Secretarías e Instituciones, permitieron la puntual intervención que en conjunto mostró una reducción en Jalisco de la tendencia de casos previa a la media nacional, comunicando eficientemente las medidas preventivas y limitando los daños a la salud de la población. **Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional, descriptivo y ecológico presentado con análisis estadístico univariado. La información corresponde a la temporada invernal 2015-2016, iniciando en la semana epidemiológica 40 del 2015 y hasta la semana 20 del 2016. **Resultados.** La presentación de resultados se muestra de acuerdo a los tres ejes principales que incorpora la estrategia multidisciplinaria: promoción a la salud, comunicación social y vacunación. **Conclusiones.** Retomar las acciones preventivas comunitarias e individuales, ofertar la vacuna a todos los grupos con énfasis en aquellos de mayor riesgo, comunicar mediante canales adecuados con mensajes claros y medir el nivel de aceptación de las políticas públicas de salud, se puede considerar como una estrategia multidisciplinaria exitosa para nuestra población.

Palabras clave: Virus Influenza, Epidemiología, Salud Pública, Promoción a la Salud, Comunicación Social, Vacunación contra Influenza

Summary

During the winter period 2015-2016, the circulation of influenza virus registered an important increase in North America. In Mexico, the number of confirmed cases was the biggest identified since the pandemic of 2009, the atypical behavior as for the beginning, subtypes predominance, and installation of the cases in addition to challenges for prevention and control of illness in Jalisco, they derived in strengthening of a multidisciplinary strategy of promotion, vaccination and social communication that was giving advance to challenges that the public health was specifying. The identification of cases, opportune typification by means of an effective and sensitive system of epidemiologic alertness, communication with the preventive areas and the link with other Government Departments and Institutions, they allowed the punctual intervention that as a whole showed a reduction in Jalisco of tendency of cases before to national average, communicating actively the preventive measurements and limiting health damages to population. **Material and methods.** It is an observational study, descriptively and ecologically presented with statistical analysis univariate. The information corresponds to the winter period 2015-2016, initiating in the epidemiologic week 40 of 2015 up to the week 20 of 2016. **Results.** The results presentation appears in accordance with three main axes that the multidisciplinary strategy incorporates: promotion to the health, social communication and vaccination. **Conclusions.** To recapture the community and individual preventive actions, to offer the vaccine to all the groups, emphatically in those of major risk, to communicate by means of channels adapted with clear messages and to measure the level of acceptance of the public politics of health, it is possible to consider to be a successful multidisciplinary strategy for our population.

Key words: Influenza Virus, Epidemiology, Public Health, Health Promotion, Social Communication, Vaccination against Influenza.

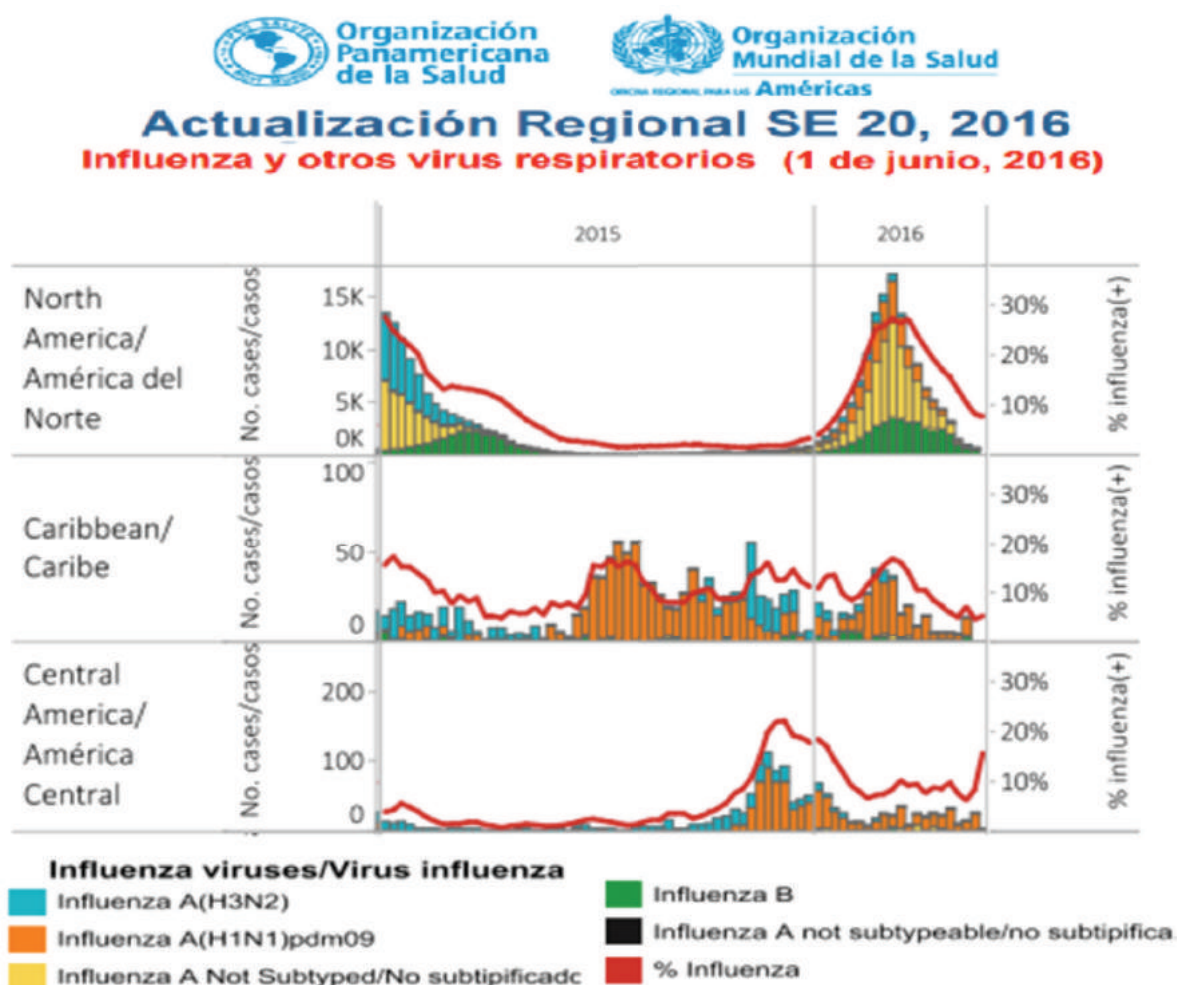
Introducción

En la temporada invernal 2015-2016 (del 4 de octubre 2015 al 21 de mayo 2016), se observó un período de circulación predominante de influenza AH1N1 para la Región de América del Norte.¹ El monitoreo Internacional

del invierno 2015 en Centroamérica y el Caribe mostraba anticipadamente un comportamiento inusual, con presencia del subtipo AH3N2 en proporción mayor a la esperada aunado a la alta circulación por picos de AH1N1 y el mantenimiento del tipo B durante toda la temporada.² Gráfica 1.

Gráfica 1.

Casos confirmados de influenza monitoreo Internacional por semana epidemiológica y año



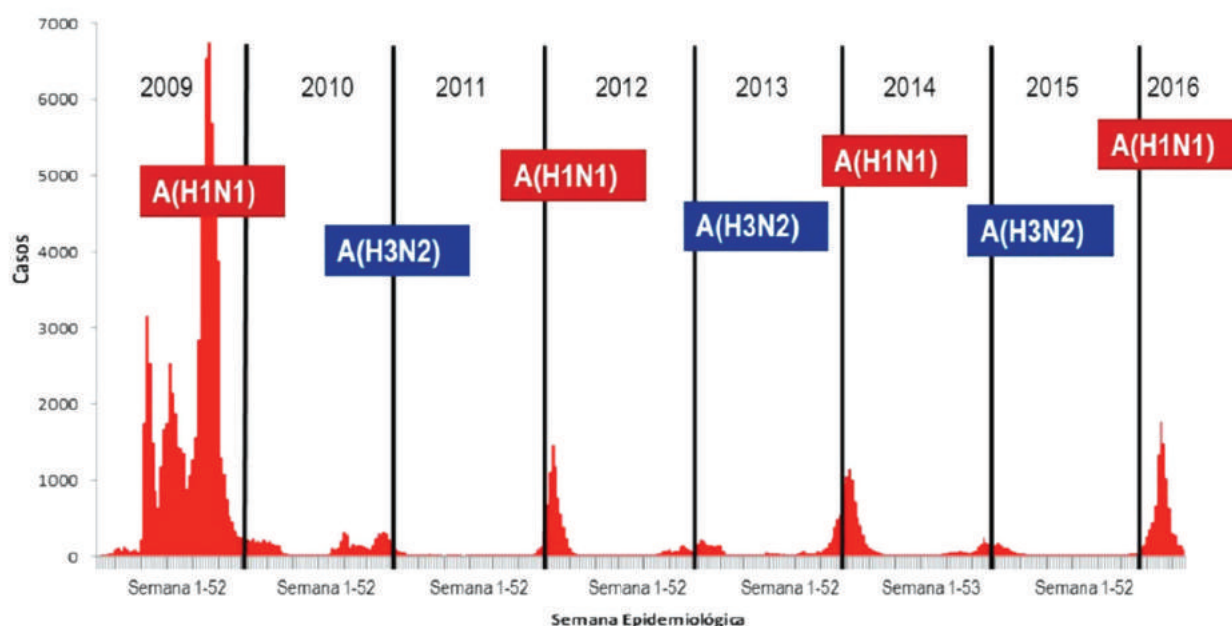
Fuente: Actualización Regional SE 20, 2016. OPS OMS.

Durante esta temporada invernal en México, el sistema de vigilancia centinela para influenza registró el mayor número de casos confirmados desde la pandemia del año 2009.³ Tanto a nivel Federal como en Jalisco la prevalencia superó inclusive a la temporada 2013-2014, donde se había registrado una alta circulación de influenza AH1N1.

Gráfica 2. El comportamiento de esta enfermedad se caracteriza por ciclos bianuales con predominio de un subtipo en cada temporada intercalando AH1N1 y AH3N2; el tipo B en los últimos años ha cobrado fuerza haciéndose presente primordialmente en las últimas semanas de cada temporada.⁴

Gráfica 2.

Casos confirmados de influenza nivel Nacional por semana epidemiológica y año



Fuente: Informes semanales de vigilancia epidemiológica. Sitio www.epidemiologia.salud.gob.mx

De acuerdo al comportamiento habitual de la enfermedad por influenza, en México la circulación comienza dentro de las últimas seis semanas de cada año, por ejemplo, en el invierno 2014-2015 en Jalisco, esta inició entre la semana 47 y 50. Para la temporada 2015-2016, se observó un cambio importante, modificando su inicio para las semanas 1 y 2, lo cual condicionaba ya una temporada atípica, además durante las primeras seis semanas el subtipo predominante de circulación fue AH3N2 y no AH1N1 como era de esperarse, posteriormente la tendencia de AH1N1 rebasó la secuencia inicial y se consolidó como el subtipo de mayor prevalencia; aunado a estos cambios también llama la atención la alta circulación de influenza B y el mantenimiento de sus dos linajes durante toda la temporada.⁵

Desde finales del 2015 diversos medios de comunicación señalaban la falta del medicamento Oseltamivir en cadenas farmacéuticas comerciales, esto suscitó incertidumbre y una falsa percepción de urgencia, condicionando aún más la necesidad de adquisición del medicamento por la población en todo el país. Lo anterior sumado con la aguda propagación del virus de la semana 3 a la 7, generó un reto sectorial que requería de la participación de instituciones públicas y privadas, así como diferentes Secretarías de

Gobierno, atendándose bajo un plan estratégico de comunicación de riesgo.

Afrontar este gran desafío precisaba de una intervención multidisciplinaria de las áreas preventivas y de atención de todo el sector como fueron: promoción a la salud enfocada hacia el autocuidado, inmunización con enfoque a grupos de riesgo, accesibilidad y atención oportuna, disponibilidad de tratamientos y comunicación social asertiva; este último tendría más que nunca un papel relevante para el control en la propagación de la enfermedad.

El historiador alemán Henry Sigerist, en 1946, fue el primero en utilizar el término promoción de la salud: “La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación”.⁶ La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986, cita: “La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”.⁷

El fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y control de riesgos sanitarios, está orientado a reducir el impacto que tienen las enfermedades y las lesiones sobre individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto.⁸

Por otra parte, la promoción a la salud requiere de canales de vinculación con la gente, que permita la difusión de un mensaje principal y favorezca la participación comunitaria; para ello, la comunicación de riesgo es la estrategia de comunicación integral y planificada que acompaña a la gestión de riesgo frente a determinada amenaza de emergencia o desastre, con el objetivo de: Propiciar la participación de todos los sectores involucrados, dando consistencia y transparencia a la toma de decisiones e instrumentación de medidas de manejo del riesgo.^{9,10}

Lo anterior incluye promover el conocimiento y la comprensión de los riesgos, informando y sensibilizando de forma planificada al público sobre las necesidades de protección de la salud, respondiendo a sus inquietudes, tratando de disminuir la ansiedad y contrarrestando la inadecuada información en salud.¹¹

Ante el panorama epidemiológico que guardaba la influenza en Jalisco, fue necesario un plan de comunicación de riesgo que permitiera integrar a la población en el proceso de manejo del riesgo y ayudar a establecer confianza pública en las instituciones encargadas de tomar decisiones, aliviando la incertidumbre y la indignación generalizada.

Esta comunicación tendría que favorecer la aceptación de una de las principales estrategias preventivas en la salud pública: la inmunización. Por más de sesenta años se cuenta con vacunas contra la influenza a nivel mundial. En este largo período la experiencia obtenida ha demostrado su seguridad y eficacia. En poblaciones con riesgo de complicaciones graves, es bien sabido que la vacunación reduce los ingresos hospitalarios y las muertes. Por tanto, la vacunación es la piedra angular de la prevención de influenza. Dado que los virus de influenza evolucionan constantemente, las vacunas se producen cada año y su composición se basa en las cepas más importantes que se han identificado gracias al sistema de vigilancia mundial.¹²

La vacuna aplicada por el sector público en México es trivalente, esta contiene las cepas que la OMS recomienda para una época y una región determinada

de acuerdo a la vigilancia virológica de los subtipos predominantes, para la temporada 2015-2016 incluía los tipos: A/California/7/2009 (H1N1)pdm09, A/Switzerland/9715293/2013-Like (H3N2) y B/Phuket/3073/2013-Like (Linaje Yamagata);¹³ si bien existen otros virus circulantes de influenza, esta estrategia de inmunización beneficia de manera directa protegiendo a las personas con alto riesgo de enfermar o morir (grupo blanco) y de manera indirecta por reducción de la transmisión en la comunidad (inmunidad de rebaño).

Con lo anterior, alineado a las políticas nacionales de salud, en el estado de Jalisco se estableció una estrategia multidisciplinaria para la reducción de daños a la salud pública provocados por la enfermedad de influenza durante la temporada invernal 2015-2016, la cual incluían acciones específicas para promoción a la salud, comunicación social y posicionamiento de la vacuna contra influenza.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y ecológico presentado con análisis estadístico univariado. La información corresponde a la temporada invernal 2015-2016, iniciando en la semana epidemiológica 40 del 2015 y hasta la semana 20 del 2016.

Los datos se obtuvieron de los siguientes sistemas de información oficiales: Sistema de Información en Salud (SIS), Plataforma Electrónica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para Influenza (SISVEFLU), Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), Boletín Semanal de Influenza de la Dirección General de Epidemiología (DGE), Registro diario de escuelas visitadas por promoción a la salud, Registro diario de monitoreo de medios por comunicación social y monitoreo de redes sociales.

Resultados

La presentación de resultados se muestra de acuerdo a los tres ejes principales que incorpora la estrategia multidisciplinaria: promoción a la salud, comunicación social y vacunación; posteriormente se muestran las variables correspondientes de los casos de influenza de acuerdo a las definiciones operacionales descritas en cada apartado.

Promoción a la salud:

El componente de promoción a la salud basado en determinantes muestra tres líneas estratégicas de intervención:

1) Prevención mediante el autocuidado, recomendaciones de alimentación en persona sana, acciones preventivas específicas, como: técnica correcta de lavado de manos, utilización de gel antibacterial y vacunación en grupos de riesgo.

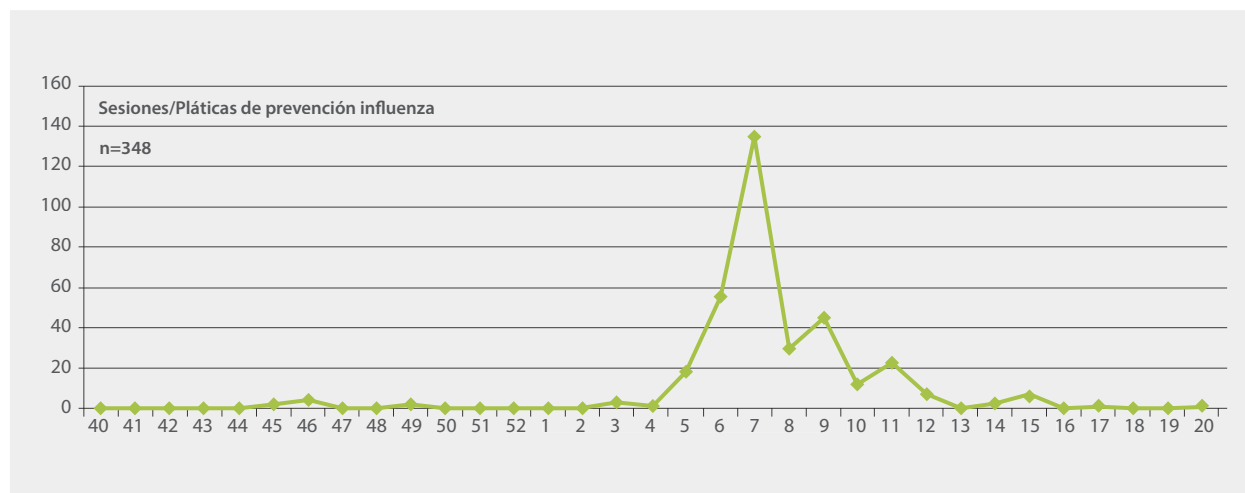
2) Atención oportuna mediante la difusión de los signos y síntomas (S y S) para identificación de la enfermedad, conocimiento de los S y S de alarma, autocuidados de la salud y recomendaciones de alimentación en persona enferma.

3) Evitar la propagación del virus mediante recomendaciones de aislamiento social, técnica correcta de estornudo, empoderamiento y corresponsabilidad social.

Durante el periodo estudiado se reportaron al Departamento Estatal de Epidemiología un total de 348 pláticas otorgadas en comunidad a través de los promotores de las unidades de primer nivel de la SSJ, observando el mayor número en la semana epidemiológica siete con un registro de 135 sesiones, sin embargo en el periodo de las semanas seis a la ocho se registraron el 62.5% del total de las sesiones de la temporada. Gráfica 3.

Gráfica 3.

Número de sesiones/pláticas preventivas de influenza por semana epidemiológica



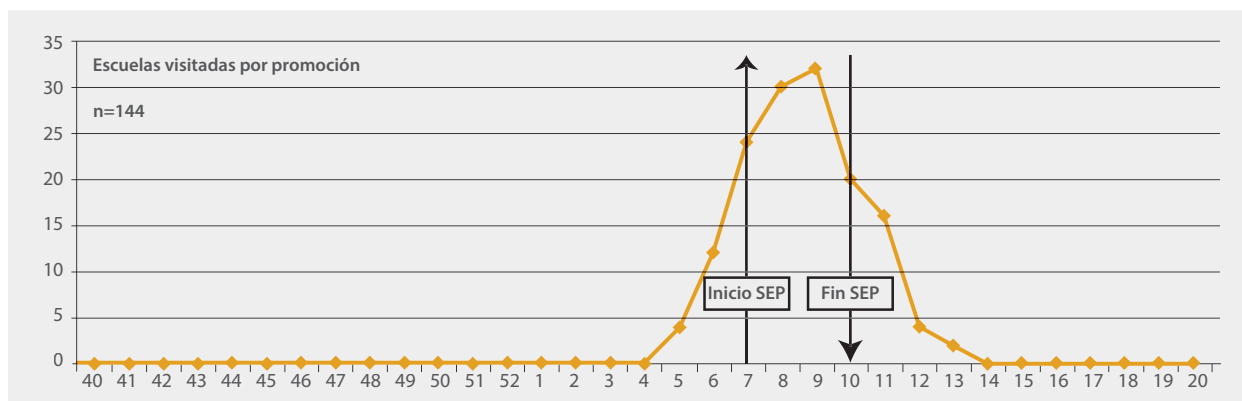
Fuente: Registro de sesiones de promoción a la salud específicas para influenza.

En la semana cuatro, mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE), se identificó un aumento significativo en el número de casos sospechosos y confirmados de influenza en nuestro Estado, a lo que, en coordinación con el Departamento de Promoción y Participación Social se implementó una estrategia de fortalecimiento de filtros escolares visitando un total de 144 escuelas de nivel básico. El día 8 de febrero (semana

6) se presentó al Secretario de Educación del Estado la situación epidemiológica y la proyección estimada de

casos, a lo que en conjunto con el Gobierno del Estado se emitió una recomendación que permitía justificar las faltas por enfermedad tipo influenza a los alumnos y maestros que refirieran dicho cuadro, logrando así importantes avances en el control de la transmisión de casos mediante el aislamiento social y filtros escolares obligatorios en todo el sector educativo. La Universidad de Guadalajara y las universidades incorporadas a esta, tomaron la misma determinación a principios de la semana 7. Se registró el mayor número de escuelas visitadas y supervisadas en las semanas 8 y 9. Gráfica 4.

Gráfica 4.
Número de escuelas visitadas por Promoción a la Salud SSJ por semana epidemiológica
Marcador de inicio y fin de la intervención de la SEP y U de G



Fuente: Registro de escuelas visitadas. Depto. de Participación Social SSJ.

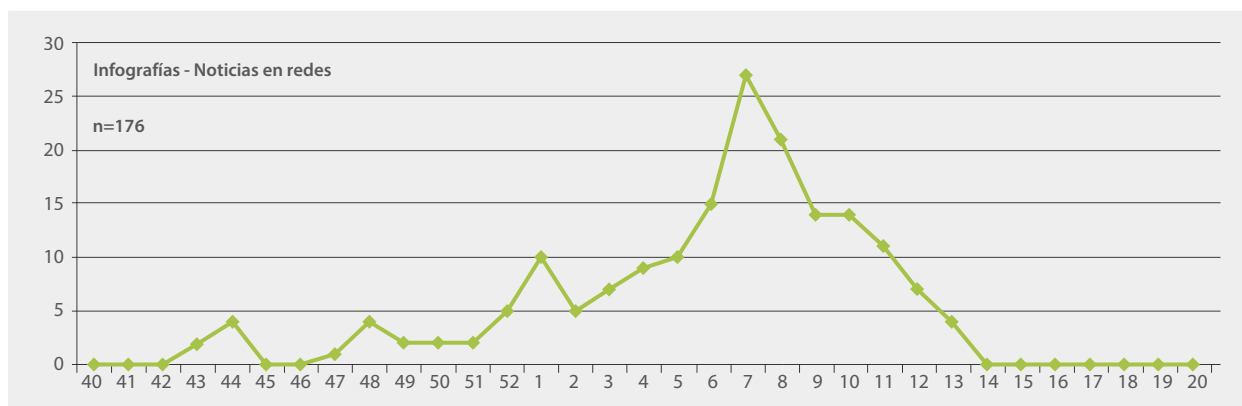
Comunicación social

Mediante el lema: “que no te venza la influenza”, se difundió una estrategia de comunicación de riesgo para prevención de influenza en esa temporada; el mensaje principal se acompañaba de mensajes secundarios dirigidos mediante canales específicos a grupos sociales. Los anuncios incluían las acciones estratégicas de promoción a la salud con los tres ejes antes mencionados; se adaptaron de acuerdo a los canales de comunicación utilizados de tal manera que los mensajes radiofónicos, televisivos, en prensa escrita y a través de redes sociales siempre fueron congruentes con el objetivo principal.

La estrategia de comunicación se dividió en tres etapas: la primera correspondía a noviembre del

año 2015, la segunda de diciembre 2015 a enero 2016, y la tercera en febrero y marzo 2016. Durante estas campañas se difundieron 5,297 mensajes de radio para zona metropolitana de Guadalajara, 6,396 dirigidos al interior del estado, 145 spots de televisión, 10,000 poster y 100 lonas. Un claro ejemplo del comportamiento de los mensajes de comunicación durante la temporada fueron las redes sociales, en las cuales, mediante infografías publicadas en Facebook y Twitter se daban a conocer los mensajes a la población. En las semanas 7 y 8 se registró el mayor número de participaciones en estas redes. Gráfica 5.

Gráfica 5.
Número infografías sobre influenza publicadas por semana epidemiológica

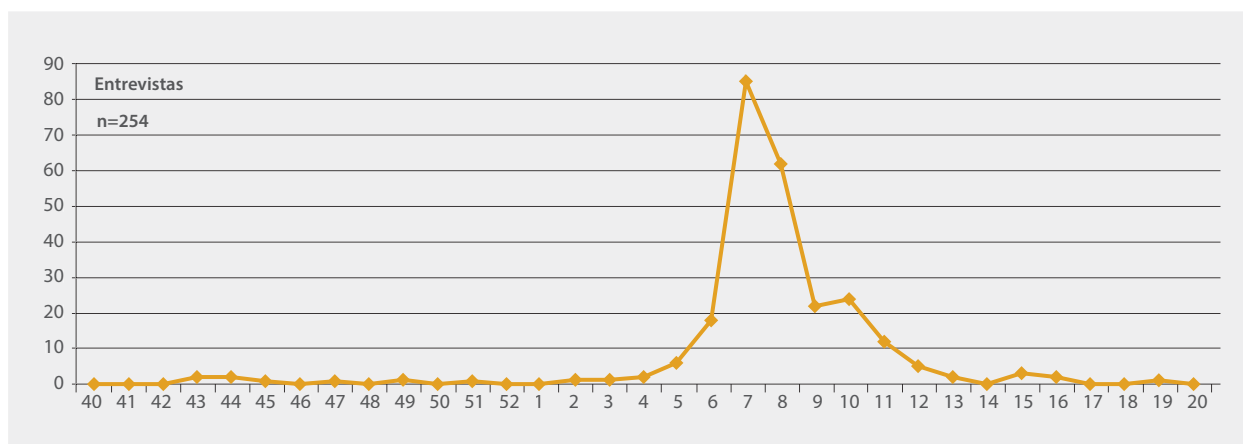


Fuente: Registro de infografías en redes sociales. Depto. de Comunicación Social SSJ.

Así mismo, las intervenciones a través de entrevistas de radio, medios impresos y televisión formaban parte de esta estrategia de comunicación, siendo las semanas 7 y 8 las más activas en estos medios. Gráfica 6. En consenso con las Direcciones Generales de Salud Pública, Difusión y Diseño, así como los Departamentos de Epidemiología, Comunicación Social y Prevención y Control de Enfermedades, se determinó una estrategia de comunicación de riesgo

para las entrevistas enfocadas hacia las enfermedades respiratorias, de tal modo que el mensaje principal se orientó en que durante la temporada invernal se presenta un aumento en las patologías infecciosas y no infecciosas del tracto respiratorio, en que una de ellas era influenza y no representaba más del 15%, y en que la gran mayoría de las enfermedades de la temporada compartían las mismas medidas de prevención y autocuidados.¹⁴

Gráfica 6.
Número entrevistas a medios por semana epidemiológica



Fuente: Monitoreo de medios. Depto. de Comunicación Social SSJ.

Vacunación

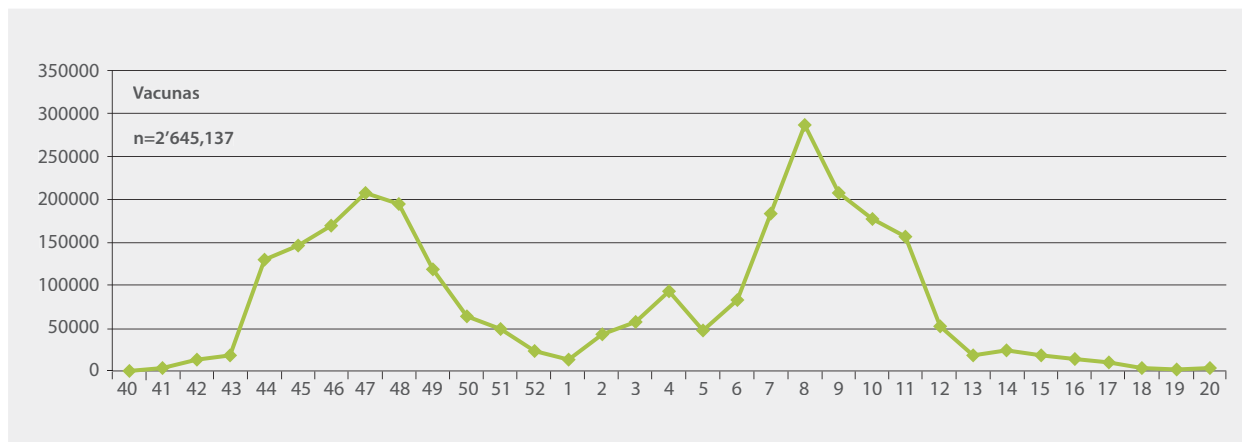
La estrategia mundial marca una distribución universal del biológico con énfasis a grupos blanco para asegurar la inmunización de los sectores más vulnerables a complicaciones o muerte.¹⁵ Los lineamientos para la vacunación antiinfluenza dictados por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) indican los siguientes puntos:¹³

- La vacuna se aplica en el último trimestre del 2015 y primero del 2016.
- Se deberá vacunar al 100% de la población de 6 a 59 meses de edad y mayor de 60 años.
- Se vacunará a la población de 5 a 59 años de edad considerada de alto riesgo: personas con asma o con otras enfermedades pulmonares crónicas, cardiopatías, VIH, cáncer, hemoglobinopatías como anemia de células falciformes, problemas renales crónicos, diabetes mellitus, obesidad mórbida, artritis y otros tipos de inmunosupresión.

- En la formulación de la vacuna trivalente contra influenza incluyen los tipos: A/California/7/2009 (H1N1) pdm09, A/Switzerland/9715293/2013-Like (H3N2) y B/Phuket/3073/2013-Like (Linaje Yamagata).

El registro al corte de la temporada fueron 2'645,137 dosis aplicadas a nivel sectorial. El período de la semana 44 a la 49 del 2015, fue en el que se mantuvo una campaña de fortalecimiento para vacunación con énfasis a grupo blanco, posteriormente ante el acuerdo de fortalecer las medidas preventivas y con la colaboración de otras instituciones, como la Universidad de Guadalajara, se realizó una campaña de intensificación donde además de priorizar en grupo blanco, se dio apertura a la oferta de inmunización a grupos no blanco para quien lo solicitara. Bajo un esquema de comunicación social, sensibilización y empoderamiento de la salud, la campaña se llevó a cabo las semanas 7, 8 y 9, con un incremento importante en la demanda y aplicación del biológico. Gráfica 7.

Gráfica 7.
Número de vacunas aplicadas a nivel sectorial por semana epidemiológica



Fuente: Cubos dinámicos. Depto. de Estadísticas. Dirección General de Información en Salud.

Panorama epidemiológico

El virus de la influenza se transmite persona a persona mediante gotas provenientes de fluidos orales o nasales de una persona enferma. En México esta patología se estudia a través de la vigilancia centinela que corresponde a un número representativo de unidades que de acuerdo a las definiciones operacionales de Enfermedad Tipo Influenza

(ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), se clasifica según su presentación clínica y se obtiene un porcentaje de muestreo de acuerdo a dicha clasificación.^{16,17}

Las definiciones operacionales para los casos de influenza son las siguientes:

Caso sospechoso de influenza

Se considera caso sospechoso de influenza a todo caso o defunción que cumpla con los criterios de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) o Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

Persona de cualquier edad que presente o refiera haber tenido fiebre mayor o igual a 38°C, tos y cefalea, acompañadas de uno o más de los siguientes signos o síntomas: rinorrea, coriza, artralgias, mialgias, postración, odinofagia, dolor torácico, dolor abdominal, congestión nasal o diarrea.

Importante:

- En menores de cinco años de edad, se considera como un signo cardinal la irritabilidad, en sustitución de la cefalea.
- En mayores de 65 años o en pacientes inmunocomprometidos, no se requerirá la fiebre como signo cardinal.

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

Persona de cualquier edad que presente dificultad al respirar, con antecedente de fiebre mayor o igual a 38°C y tos, con uno o más de los siguientes síntomas: ataque al estado general, dolor torácico o polipnea.

- Tiene como objetivo incluir las neumonías relacionadas con infección por influenza y las enfermedades respiratorias por influenza que son exacerbadas por enfermedades crónicas.
- En pacientes inmunocomprometidos o con manejo terapéutico con antipiréticos no se presentará el pico febril descrito en la definición operacional.
- Asimismo en pacientes con apoyo respiratorio automatizado no se requerirá la tos como signo indispensable para su ingreso como sospechoso a influenza.

Caso confirmado de influenza

Cualquier individuo que cumpla con el criterio de caso sospechoso de influenza y que tenga una muestra con resultado positivo a cualquier virus de influenza. El resultado debe ser otorgado por un laboratorio certificado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLS).

Caso descartado de influenza

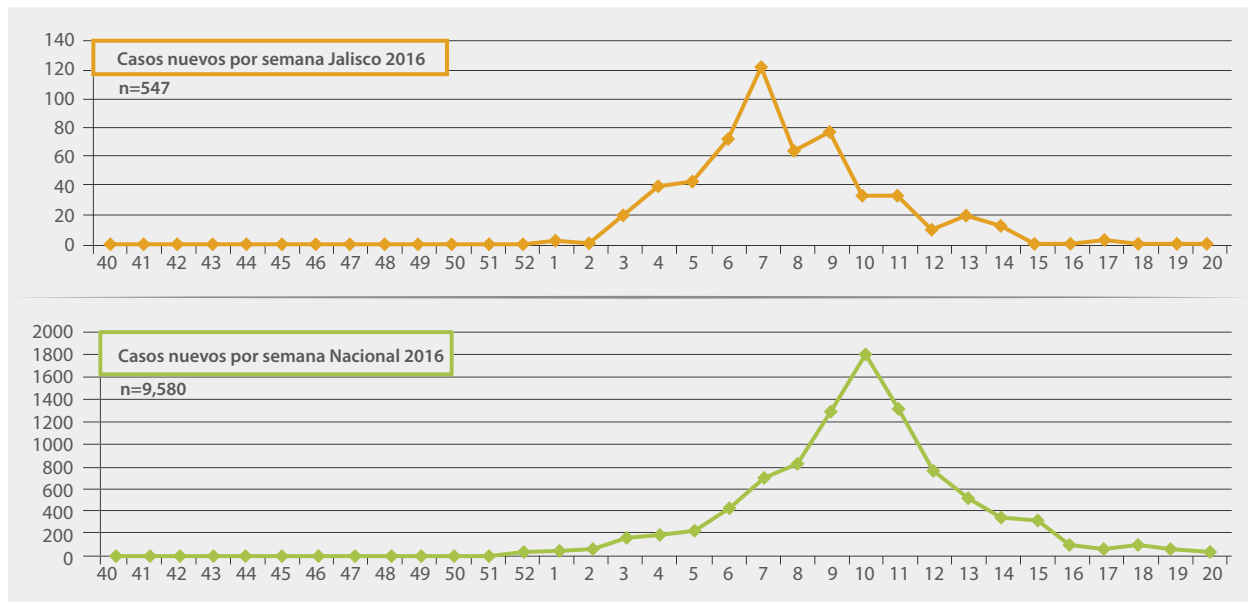
Se considera caso descartado de influenza, a quien tenga muestra con resultado negativo al virus de influenza otorgado por un laboratorio certificado por la RNLS.

En Jalisco el SVE centinela para el estudio de casos probables de influenza incluye 18 Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI), 13 pertenecientes a la Secretaría de Salud y 5 corresponden al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En todas las unidades se aplicaron los criterios para el estudio basado en las definiciones operacionales para ETI o IRAG, en relación al estudio de casos el lineamiento indica la toma de muestra al 100% de las IRAG y el 10% de las ETI, para esta temporada se obtuvo un 93% de estudiados de IRAG y un 18% de ETI; al final se estudiaron 3,782 casos de los cuales 547 resultaron confirmados para algún tipo de influenza mediante la técnica de PCR-RT, dando un índice de positividad

de 14.46. En las gráficas 8 y 9 podemos observar la tendencia obtenida en las USMI's de casos confirmados y sospechosos (de acuerdo a definición operacional) respectivamente en Jalisco y su referente a nivel nacional.

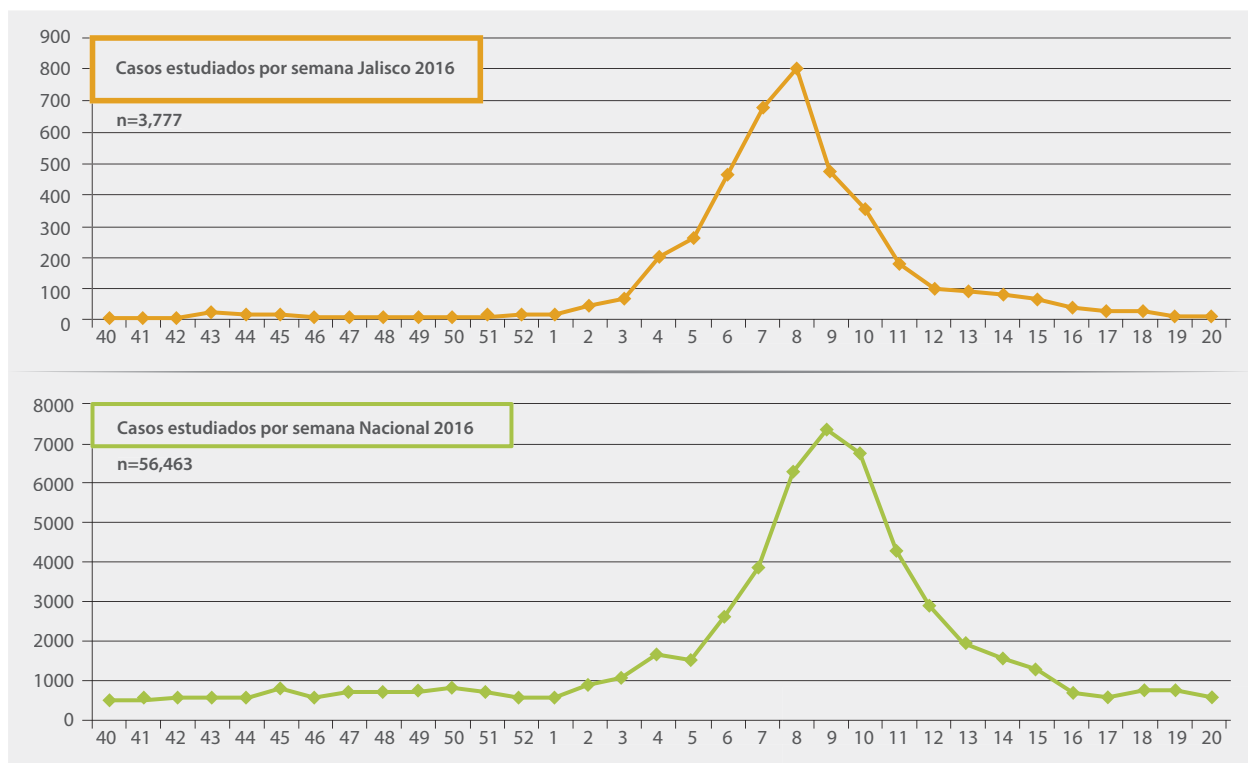
El comportamiento de la enfermedad en Jalisco tuvo el pico máximo de casos confirmados durante la semana 7, mientras que a nivel Nacional se registró en la semana 10, para ambos casos la curva de tendencia mostró una reducción persistente posterior a este pico. En Jalisco fue a partir de la semana 12 cuando se presentó una fase de meseta indicando el control en la transmisión, a nivel nacional se presentó a partir de la semana 16.

Gráfica 8.
Número casos confirmados en USMI's por semana epidemiológica. Comparativa Jalisco y Nacional



Fuente: Plataforma SINAVE. Dirección General de Epidemiología. Semana 26, 2016

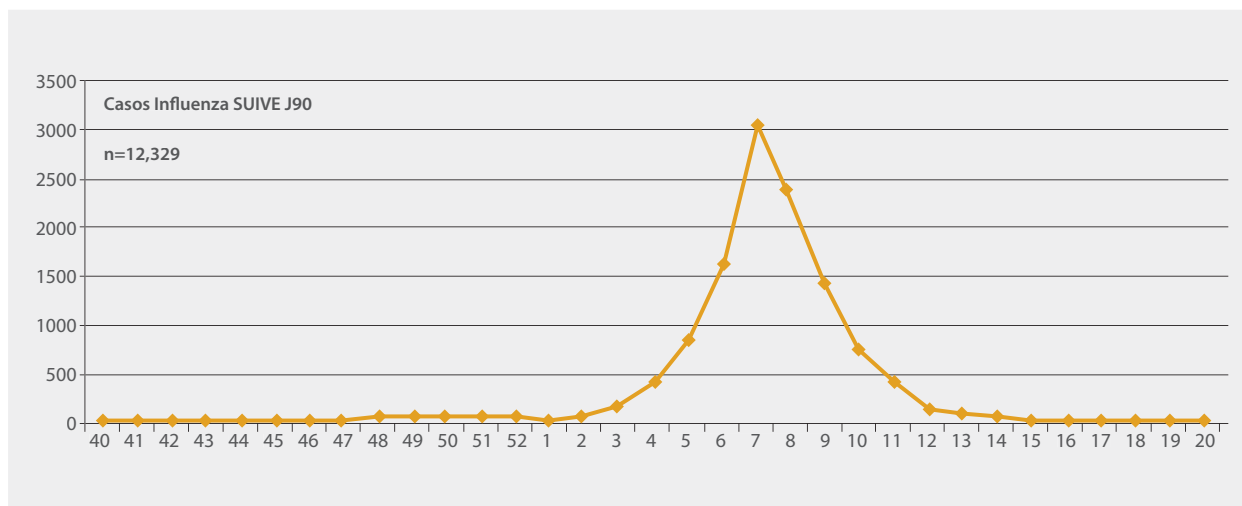
Gráfica 9.
Número casos probables en USMI's por semana epidemiológica. Comparativa Jalisco y Nacional



Fuente: Plataforma SINAVE. DGE. Semana 26, 2016

Gráfica 10.

Número de casos probables a nivel sectorial por semana epidemiológica



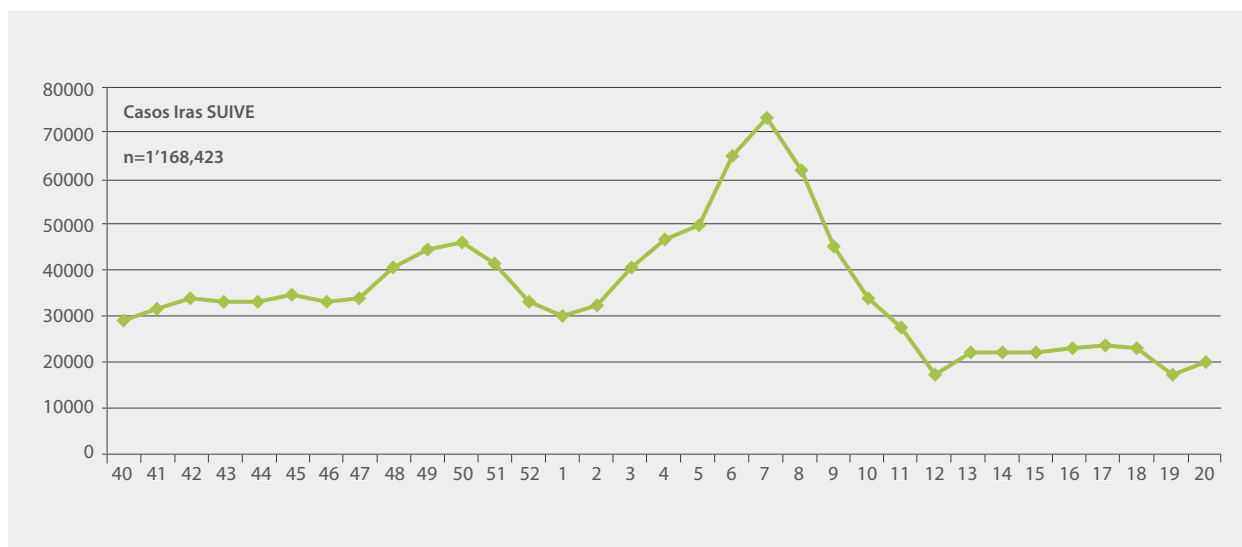
Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS). Depto. de Estadísticas. Dirección General de Información en Salud

Los sistemas de vigilancia epidemiológica a través de SUIVE y SIS, permiten monitorear el comportamiento sectorial de la enfermedad y mediante la comparación de tendencias poder identificar la congruencia de los sistemas de información, de tal manera que en nuestro Estado se observa en estos sistemas el pico máximo de casos sospechosos de influenza durante la semana 7. Gráfica

10. También podemos observar otros dos marcadores de congruencia importantes, los casos de Infección Respiratoria Aguda (IRA's) y los casos de neumonía, donde se advierte en ambos casos un pico máximo en la semana 7, y un comportamiento de tendencia muy similar entre ellos y por lo tanto congruente con todos los sistemas. Gráficas 11 y 12.

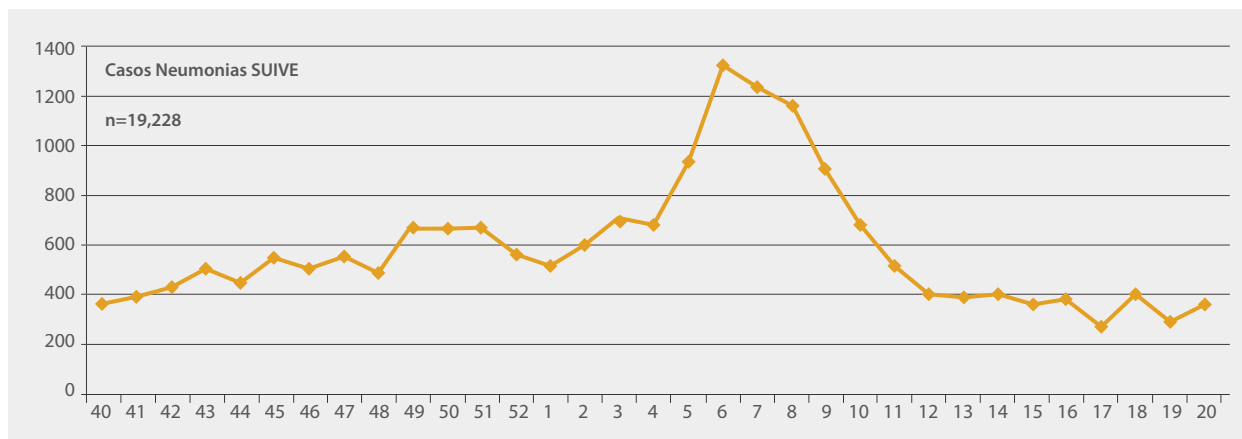
Gráfica 11.

Número casos de IRA's a nivel sectorial por semana epidemiológica



Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS). Depto. de Estadísticas. Dirección General de Información en Salud.

Gráfica 12.
Número de casos de neumonías a nivel sectorial por semana epidemiológica



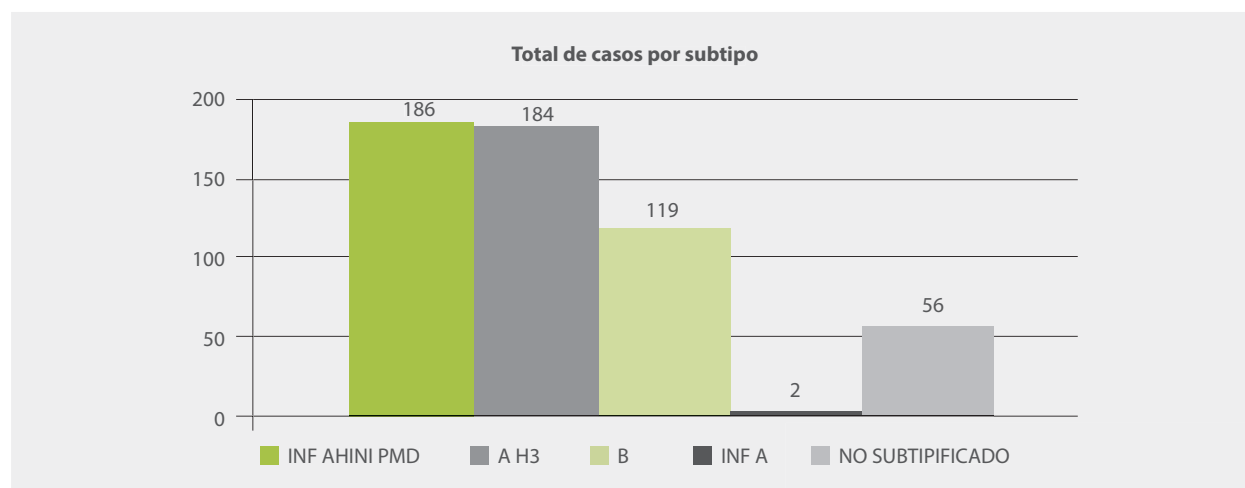
Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS). Depto. de Estadísticas. Dirección General de Información en Salud.

En cuanto a los casos confirmados por el sistema centinela a través de las USMI's, el subtipo AH1N1 fue el de mayor prevalencia con un 34% del total de la circulación, seguido muy de cerca por el subtipo AH3N2 con un 33.6%, el tercer lugar ocupado por el tipo B con un 21.8%. Gráfica

13. Hasta la semana 6 del 2016, el subtipo con mayor prevalencia era el AH3N2, posteriormente la tendencia creciente del subtipo AH1N1 superó al AH3N2, llama también la atención lo sucedido en las semanas 9 y 10 donde el tipo B predominó por encima del A. Gráfica 14.

Gráfica 13.
Casos confirmados de influenza desagregados por subtipos

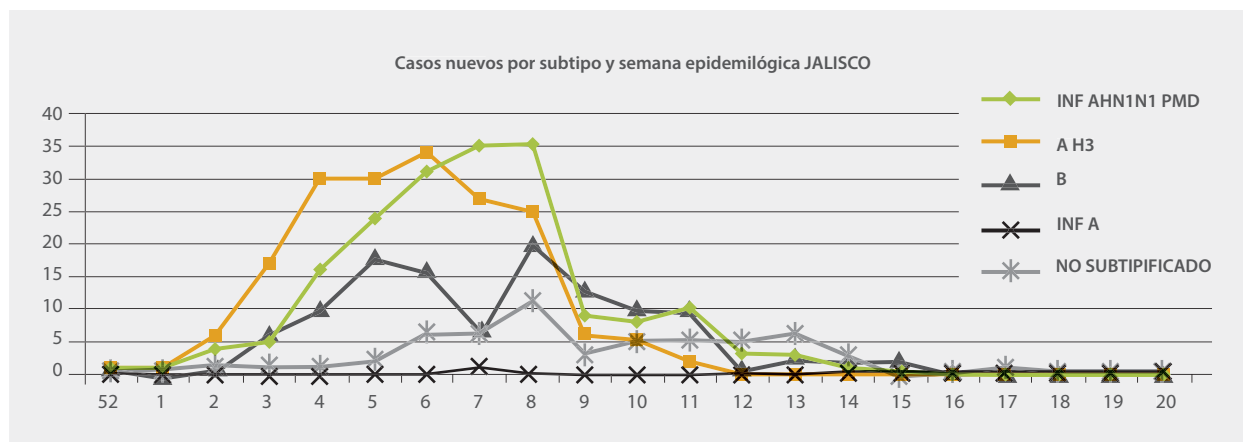
TOTAL POR SUBTIPO	INF AH1N1 PMD	A H3	B	INF A	NO SUBTIFICADO	TOTAL
	186	184	119	2	56	547
%	34.0%	33.6%	21.8%	0.4%	10.2%	100%



Fuente: Plataforma SINAVE. Dirección General de Epidemiología. Obtenida en semana 26 2016.

Gráfica 14.

Casos confirmados de influenza desagregados por subtipos y semana epidemiológica



Fuente: Plataforma SINAVE. Dirección General de Epidemiología. Obtenida en semana 26 2016

Del total de confirmados a influenza, el 58% de los casos graves (IRAG) y el 52% de los casos no graves (ETI), presentaban alguna comorbilidad Tabla 1. De este grupo de casos IRAG y ETI confirmados con una o más comorbilidades, solamente el 15.4%

de las IRAG y el 17.4% de las ETI contaban con antecedente de vacunación contra influenza para la temporada, lo que supone un gran reto en cuanto a la cobertura en grupos blanco para la inmunización. Gráfica 15.

Tabla 1.

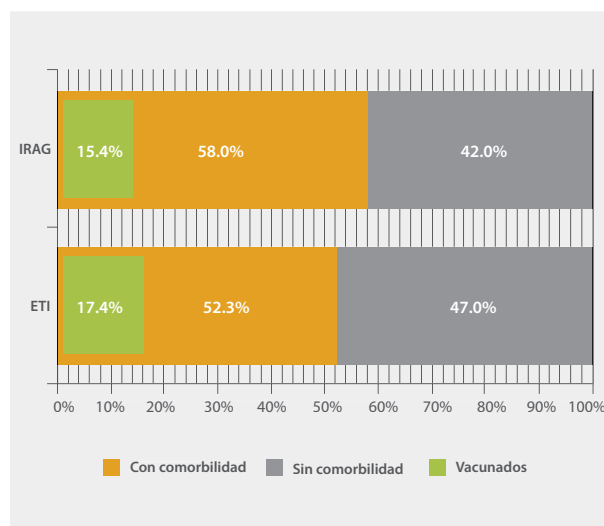
Comorbilidades incluidas en el estudio de caso de influenza

Comorbilidades
Diabetes
Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica
Asma
Inmunosupresión
Hipertensión arterial
VIH/SIDA
Enf. Cardíaca
Obesidad
Insuf. Renal Crónica
Tabaquismo

Fuente: Plataforma SINAVE. Dirección General de Epidemiología. Obtenida en semana 26 2016

Gráfica 15.

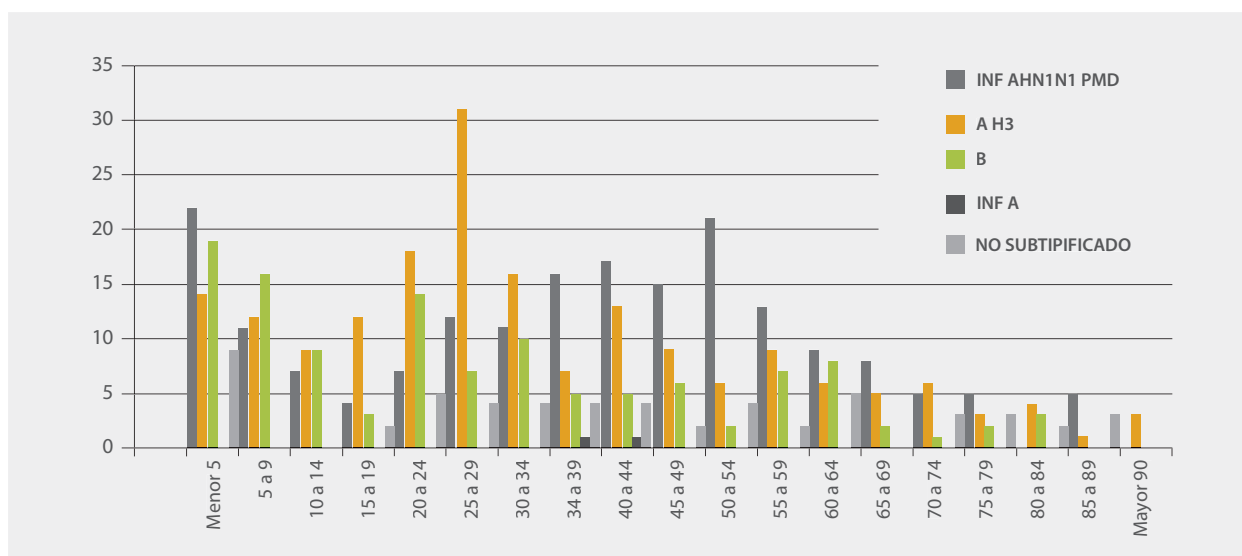
Casos confirmados de influenza desagregados por subtipos



Fuente: Plataforma SINAVE. Dirección General de Epidemiología. Semana 26, 2016

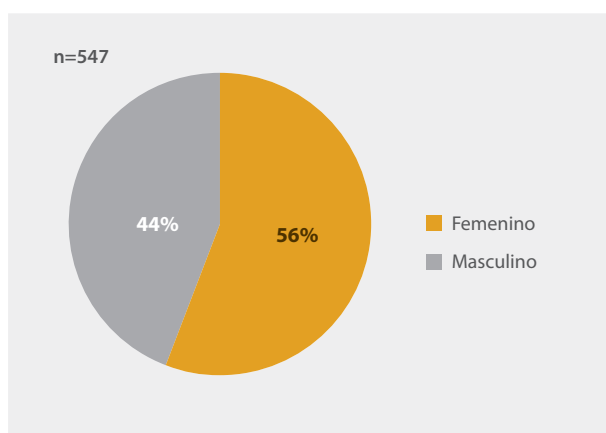
En cuanto a la prevalencia por grupos de edad, se observa una distribución heterogénea con importante impacto en menores de 10 años y presencia de todos los subtipos en jóvenes y adultos de 20 a 59 años, gráfica 16 y 17.

Gráfica 16.
Casos confirmados de influenza desagregados por grupos de edad y subtipos



Fuente: Plataforma SINAPE. Dirección General de Epidemiología. Obtenida en semana 26 2016

Gráfica 17.
Casos confirmados de influenza distribuidos por sexo

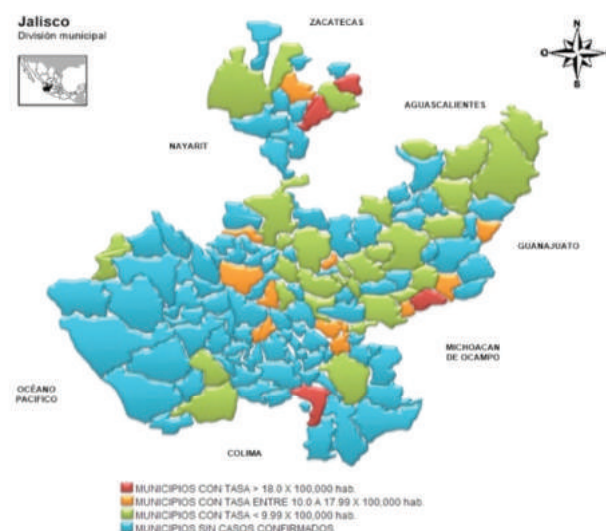


Fuente: Plataforma SINAPE. Dirección General de Epidemiología. Obtenida en semana 26 2016

Con respecto a la distribución geográfica por municipios, se tomaron los casos reportados mediante dos sistemas de información con la finalidad de observar correlación y congruencia, uno, el de lugar de residencia de casos confirmados (notificados mediante el Sistema Centinela)

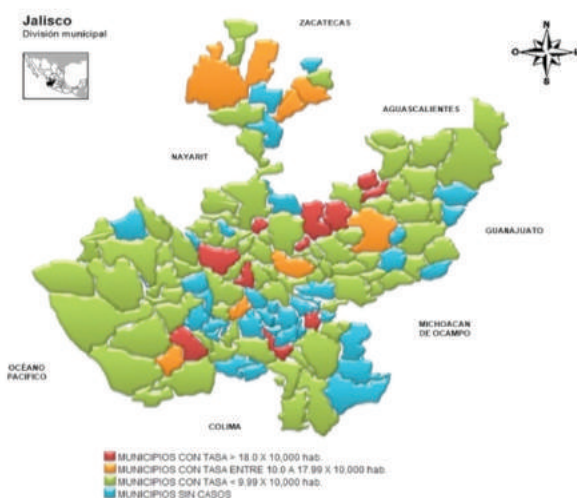
y el segundo, el de casos probables (notificados mediante el Sistema SUIVE aplicando las definiciones operacionales de ETI e IRAG). Gráficas 18 y 19.

Gráfica 18.
Semaforización de riesgo basado en tasa por 100,000 habitantes de casos confirmados



Gráfica 19.

Semaforización de riesgo basado en tasa por 10,000 habitantes de casos probables



Fuentes: Plataforma SINAVE. Dirección General de Epidemiología. Obtenida en semana 26 2016

Sistema de Información en Salud (SIS). Depto. de Estadísticas. Dirección General de Información en Salud
Censo Nacional de Población. INEGI 2015

De acuerdo al número de casos confirmados a través del monitoreo de las USMI's por 100,000 habitantes, se observa una distribución heterogénea, destacando cuatro municipios con tasa mayor de 18.0: Totatiche, Santa María de los Ángeles, La Barca y Tuxpan. En cuanto a los municipios de la ZMG, las tasas fueron: Zapopan 4.63, Tlajomulco 2.96, Tlaquepaque 10.58, Tonalá 3.20 y Guadalajara 16.33. La tasa media estatal de confirmados fue de 9.44.

Para los casos probables, el sistema de vigilancia convencional a través de los casos reportados en SUIVE, doce municipios rebasaron la tasa de 18.0 por 10,000 habitantes: Amatitán, Sayula, Ameca, Autlán, Cuquío, Ixtlahuacán del Río, Yahualica, Concepción de Buenos Aires, Mexxicacán, Cocula, Ciudad Guzmán y Guadalajara. Las tasas de los municipios ubicados en la ZMG fueron: Zapopan 9.3, Tlajomulco 10.26, Tlaquepaque 7.59, Tonalá 5.53 y Guadalajara 47.43. La tasa media estatal de casos probables fue de 6.98.

Conclusiones

Un sistema sensible de vigilancia epidemiológica permite identificar con oportunidad la propagación del virus, los grupos vulnerables y áreas de oportunidad para las estrategias de intervención, lo cual conlleva a la limitación de los daños a la salud poblacional. Para ello se requiere de una planeación y coordinación de todo el sector salud con otros sectores, una comunicación asertiva con mensajes preventivos, disponibilidad de información clara y adecuada, accesibilidad a la vacuna, atención y tratamiento específico para influenza.¹⁸



Durante la temporada invernal 2015-2016, en el estado de Jalisco la circulación del virus de la influenza fue atípica, su inicio se presentó 4 a 6 semanas posteriores al promedio de los últimos 5 años, no hubo un subtipo ampliamente predominante durante la temporada; la influenza AH3N2, AH1N1 y el tipo B presentaron picos en diferentes momentos. También durante este período se anunció un desabasto del medicamento oseltamivir en las principales cadenas de farmacias particulares, situación que algunos medios aprovecharon para presentar información que generó incertidumbre y aumento en la demanda del sector público. En conjunto, este contexto requirió redireccionar las líneas de comunicación social mediante una estrategia de comunicación de riesgo que permitiera posicionar las acciones preventivas y la vacunación. La participación de otras instituciones, el apoyo de universidades y la incorporación de organizaciones civiles fortalecieron dicha estrategia, aunado a una

campana de intensificación en vacunación de grupo blanco y la apertura de este biológico a grupo no blanco, en donde la presencia de la enfermedad fue constante, permitió una notable reducción en el número de casos justo tres semanas antes que el referente a nivel nacional.

Sin duda, el retomar las acciones de preventivas, ofertar la vacuna a todos los grupos con énfasis en aquellos de mayor riesgo, comunicar mediante canales adecuados

con mensajes claros y medir el nivel de aceptación de las políticas públicas de salud, se puede considerar como una estrategia multidisciplinaria exitosa para nuestra población.

Agradecimientos:

Dr. Celedonio Cárdenas Romero
Mtra. Claudia Patricia Trigo González
Dra. Engracia Ortiz Córdova
Dr. José Raúl Alonso García

Referencias bibliográficas

- 1 U.S. Department of Health & Human Services. (2016). Weekly U.S. Influenza Surveillance Report. EW 20, 2016, de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Sitio web: <http://www.cdc.gov/flu/weekly>.
- 2 PAHO WHO. (2016). Regional Update EW 20, 2016. Junio 2016, de Ministries of Health and National Influenza Centers of Member States reports to the informatics global platforms FluNet and FluID Sitio web: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc.
- 3 Secretaría de Salud. (2009-2016). Informes Semanales de Vigilancia Epidemiológica. Julio 2016, de Dirección General de Epidemiología Sitio web: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx>.
- 4 Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza, CENAVECE Emergencias. Disponible en: [Hhttp://www.cenavece.salud.gob.mx/emergencias/interior/flu-plannal.htm](http://www.cenavece.salud.gob.mx/emergencias/interior/flu-plannal.htm). Consulta: 10 septiembre 2010
- 5 Secretaría de Salud Jalisco. (Junio 2016). Boletín Semanal de Vigilancia Epidemiológica de Influenza y Dengue, semana 20, 1-4.
- 6 Secretaría de Salud. (2015). Historia de la promoción a la salud. En Promoción a la Salud (22). México, D.F.: Secretaría de Salud.
- 7 Dirección General de Promoción a la Salud. (2015). 1ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá (1986): Secretaría de Salud.
- 8 VC, Genaro. (2012). *Manual de organización específico*. México D.F. Septiembre 2012: Dirección General de Promoción de la Salud.
- 9 World Health Organization. (2013). 8th Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies. 2016, de Ministry of Social Affairs and Health Finland Sitio web: <http://www.healthpromotion2013.org/>.
- 10 Dirección General de Promoción a la Salud. (2015). *8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. Helsinki, Finlandia (2013): Secretaría de Salud.
- 11 Ministerio de Salud de Argentina. (2015). ¿Qué es comunicación de riesgo?. Junio 2016, de Ministerio de Salud Argentina Sitio web: <http://www.msal.gob.ar/salud-y-desastres/index.php/informacion-para-comunicadores/ique-es-comunicacion-de-riesgo>.
- 12 Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Guías de la OMS para el uso de vacunas y antiviricos en las pandemias de influenza*.: Departamento de Vigilancia y Respuesta de Enfermedades Transmisibles.
- 13 Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2015). *Lineamientos Generales 2015. Programa de Vacunación Universal*. México D.F.: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
- 14 Córdova-Villalobos J, et al. (2009). *Influenza A (H1N1): Acciones de Promoción de la Salud, compartiendo nuestra experiencia*. México D.F.: Primera Edición 2009. Secretaría de Salud.
- 15 Immunization, Vaccines and Biologicals Topics Influenza. World Health Organization, January 2008. Disponible en: [Hhttp://www.who.int/immunization/topics/influenza/en/index.html](http://www.who.int/immunization/topics/influenza/en/index.html)
- 16 Dirección General Adjunta de Epidemiología. (Octubre 2014). *Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza en México*. México D.F.: Secretaría de Salud.
- 17 INDRE-DGE-SECRETARIA DE SALUD. (2015). *Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza por Laboratorio*. México D.F.: Colección de publicaciones técnicas del INDRE.
- 18 Modificado de: WHO Global Influenza Programme. *Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document*. World Health Organization, 2009.