

Experiencia del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 76 durante la fase de Reconversión para Atención de Pacientes con COVID-19 durante el período del 29 de marzo al 04 de agosto 2020.

Palacios-Torres Fernando,¹ Coreño-Juárez María Ofelia,² Rodríguez-Contreras Lady Diana,³ López-Tapia Jose de Jesus,^{1,2} Torres-Toledano Marisol,¹ Anguiano-Velázquez Tabata Gabriela,¹ Dichi-Romero María de los Angeles,³ García-Cortés Luis Rey,³ Bertadillo-Mendoza Olga Margarita.³

*Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 76. ¹
Especialista en Salud Pública y Epidemiología. ²
OOAD Regional Estado de México Oriente. ³*

Muchos de los virus que afectan al ser humano han infectado en su inicio a otros animales, traspasando esa barrera de transmisión e infección convirtiéndose en una zoonosis, en los últimos 20 años, estos virus han producido brotes de difícil contención, provocando epidemias y pandemias, entre los que destacan el virus del Ébola, el virus de Marburg, el virus Nipah, el virus Hendra y los coronavirus: el Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2) y el Coronavirus Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV), siendo vinculados al reservorio natural común los murciélagos.¹

En diciembre del año 2019 se reportaron 27 casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, provincia de Hubei, China; asociando epidemiológicamente cada uno de los casos al mercado de mariscos de Wuhan, donde se comerciaba también con aves, reptiles y mamíferos, vivos y muertos. Posterior a este evento los médicos y científicos chinos aislaron una nueva cepa de coronavirus de la cual se pudo identificar la secuenciación genética misma que pusieron a disposición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con las que los laboratorios de diferentes países produjeron pruebas diagnósticas de Reacción en cadena de la Polimerasa PCR en tiempo real específicas para detectar al nuevo virus. Gracias a esta actividad se logró aislar un Betacoronavirus del grupo 2B con al menos un 70% de similitud en la secuencia genética con el SARS-CoV y fue clasificado por la OMS como 2019-nCoV, dicho hallazgo coincidió con casos similares reportados en Corea del Sur, Irán e Italia así como el resto del Continente Europeo, Asia, Norteamérica y por último distintos países de Sudamérica, siendo el 7 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó a la nueva cepa de coronavirus circulante “2019 novel coronavirus (2019-nCoV)”.² La información de los casos confirmados de 2019-nCoV reportados sugiere un curso de enfermedad diferente a otros coronavirus (SARS-CoV y MERS-CoV).³ Para el 30 de enero del 2020 China confirma 9,720 y 106 casos más fueron confirmados en otros 19 países por lo que la OMS declaró al brote como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) y el 11 de febrero del mismo año se denominada a la nueva enfermedad por coronavirus (COVID-19) y al patógeno que la causa Virus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo tipo-2 (SARS CoV-2), reportando la OMS el 27 de febrero del 2020 la propagación de la enfermedad por COVID-19 en 46 países más, que informaron 3,664 casos, siendo en esa misma fecha identificado el primer caso de COVID-19 en México, alcanzando el 12 de marzo del 2020 por la OMS el estatus de pandemia.^{1,4}

Epidemiología

A lo largo de la propagación del COVID 19 por el mundo, el número de casos ha ido en aumento, así como notable diversidad de la población a la que afecta en su forma más grave, siendo

en países asiáticos y europeos la población blanco para complicarse por esta enfermedad, las personas mayores de 50 años, observándose mayor variabilidad en países americanos, donde se ha presentado mayor complicación y letalidad por COVID 19 en jóvenes aparentemente sanos, así como mayor número de casos pediátricos en comparación con los reportados en los continentes asiático y Europeo.^{3,5} Para un mejor estudio de la epidemiología de la COVID-19 la OMS ha clasificado la distribución de casos por regiones: Las Américas, Europa, Mediterráneo Oriental, Asia Suboriental, África y el Pacífico Occidental, donde en general hasta el día 10 de julio del 2020 se han reportado 12,102,328 casos confirmados de COVID-19, 228,102 nuevos casos y 551,046 defunciones, con una letalidad de 4.6% global.⁵ En México al 10 de julio 2020, se han confirmado 289,179 casos, 81,838 casos sospechosos y 34,191 defunciones por COVID-19, siendo la Ciudad de México la entidad federativa donde se registran el mayor número de casos confirmados y defunciones.⁶

Las 5 entidades con el mayor número de casos acumulados distribuidos por entidad de residencia en la Ciudad de México, Estado de México, Tabasco, Puebla y Veracruz.⁶ Durante esta contingencia se han implantado medidas de contención para la disminución de la propagación del virus SARS-CoV-2, que consisten en: higiene de manos, cuarentena y distancia de 1.5 metros entre la población, así como orientación y protección a los grupos de riesgo; se ha visto disminución de casos nuevos reportados por día y mayor eficacia en la atención de los servicios de salud sin saturación de los mismos. Sin embargo, también se ha observado aumento en la mortalidad en pacientes jóvenes, así como población infectada asintomática, los cuales representan un grupo a tratar de forma individual por la capacidad de infección que pueden desarrollar.^{6,7}

Ante la epidemia por COVID-19 el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha desarrollado un Plan Estratégico Institucional en donde contempla la necesidad de preparar a las unidades médicas para las diferentes etapas de la contingencia. Las cuales se consideran:

- reorganización de servicios hospitalarios
- reconversión de los Hospitales
- la expansión de servicios.

Estas etapas iniciales de la pandemia, se aplican de acuerdo a la afectación y tasa de ataque de la epidemia en diferentes áreas geo-demográficas. Las etapas se suceden en forma progresiva y en ocasiones de manera simultánea. Durante la etapa de planeación el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Regional México Oriente se encuentra





en las fases finales de la reorganización de servicios y a pocos días de iniciar la reconversión de hospitales.

Plan de Acción para la Fase de Reconversión del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 76 (HGZ/MF 76) para Atención de Pacientes con COVID-19.

La reconversión hospitalaria está sujeta a diversas variables como son: la tasa de ataque local, demanda de servicios y capacidad de respuesta; por ese motivo las tomas de decisiones deben ser particularizadas a estas características. El HGZ/UMF 76 considera a todas las unidades de su Área Médica de Gestión Desconcentrada (AMGD) para verificar la capacidad instalada basada en las poblaciones de las diferentes unidades de medicina familiar que la conforman.

Los requisitos indispensables y que en todo momento se deben garantizar a lo largo de las diferentes etapas de la contingencia son:

- Blindaje de las unidades a fin de evitar el ingreso de sujetos con sospecha de infección que no sean canalizados a través de los filtros correspondientes.
- Filtros y triage respiratorio.
- Mantenimiento de la atención de servicios básicos.
- Garantizar la línea de abastecimiento de recursos.
- Información y capacitación permanente del personal.
- El rescate del personal de salud ante situaciones de "burnout" o contagio.

Es necesario organizar a las unidades médicas del OOAD a fin de que los hospitales a reconvertir puedan garantizar la atención exclusiva de pacientes con COVID-19.

Para organizar los servicios de las Unidades de Medicina Familiar se deberán observar los siguientes elementos:

- Continuar la atención ordinaria de la unidad de acuerdo con la demanda.
- Reconversión consulta de MF.
- Implementación de filtro para la clasificación de la enfermedad respiratoria.
- Ubicación de módulos para la atención de problemas respiratorios.
- Incrementar la expedición de receta resurtible.
- Fortalecer la atención domiciliaria.
- Orientación Médica Telefónica.

El HGZ/UMF76 contempla en la tercera fase seguir las siguientes acciones:

- Colocación de módulos de atención para Triage.
- Ubicación de consultorios para atención de problemas respiratorios.
- Continúan servicios de urgencias.
- Continúan servicios de hospitalización cirugía, obstetricia y pediatría que requieren continuidad de atención.
- Suspender servicios programados de consulta.
- Suspender cirugías programadas.
- Suspender servicios programados de estudios diagnósticos y terapéuticos no de soporte de vida.

Además, es necesario organizar los servicios de apoyo como son el abasto, recursos humanos, los recursos materiales y áreas físicas:

14 Artículos originales

Los servicios que deberán suspenderse en el hospital de reconversión son:

- TOUR quirúrgico.
- Estrategias Educativas de Promoción y Prevención a la Salud Grupales (Estrategias PREVENIMSS).
- Terapia psicológica grupal.
- Cursos a personal de salud a excepción de los relacionados con COVID-19.
- Endoscopia electiva.
- Cualquier tipo de estudio programado, entre otros.

Sin embargo, se considerará posponer en el hospital los siguientes servicios:

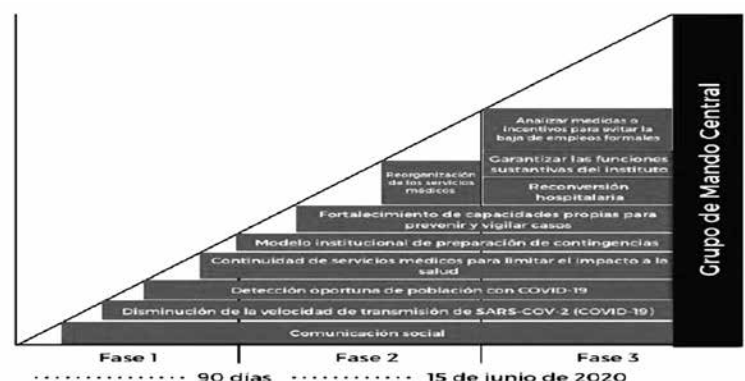
- Consulta externa de especialidades.
- Cirugía Electiva ambulatoria y no ambulatoria.
- Estudios Auxiliares de Diagnóstico.
- Visitas domiciliarias de ADEC.
- Capacitación para DPCA y DPI.
- Atención de pacientes en clínica de heridas.

Se ha garantizado la continuidad de las siguientes áreas del HGZ/UMF76.

- Urgencias.
- Hospitalización.
- Cunero Patológico.
- Laboratorio de Análisis Clínicos.
- Imagenología.
- Unidad Tocoquirúrgica.

El HGZ/UMF76 cuenta con un Equipo de Respuesta COVID que estará conformado por:

- Líder Médico: (especialista con formación en el manejo de la vía aérea y ventilación mecánica).
- Enfermera especialista en Cuidados Intensivos (de contar con ella).
- 3 Médicos de Soporte: (médico no familiar de cualquier especialidad distinta a la del Líder), Médico Familiar, Médico General.
- Enfermeras Generales quienes otorgarán el cuidado enfermero
- Auxiliar de Enfermería General en la periferia de las cohortes.



Fuente: Lineamientos de la reconversión hospitalaria, Instituto Mexicano del Seguro Social.





Cada equipo podrá tener a su cargo 24 camas por turno, teniendo como máximo 8 pacientes asignados por médico y 4 pacientes por Enfermería General.

Plan de acción para la fase de reconversión del HGZ/UMF76.

Actividad	Responsable	Medio de verificación
Realizar el diagnóstico epidemiológico del comportamiento de la epidemia	Epidemiología	Gráfico
Presentar la proyección de la suficiencia del recurso cama y ventiladores de acuerdo a la tasa de ataque delegacional	Subdirección Administrativa	Análisis
Elaborar el plan de acción delegacional para enfrentar la contingencia	Comité de Planeación	Plan
Difundir el plan de acción delegacional (directivos, de unidad médica y al SNTSS)	Dirección y Educación	Evidencia de difusión y capacitación
Consolidar el equipo técnico de operación (comando) de la unidad médica a reconvertir	Director HGZ/UMF76	Acta
Definir los roles del personal que integra el equipo técnico de operación y definir a un encargado por piso y garantizar el seguimiento en todos los turnos y jornadas laborales	Director HGZ/UMF76	Minuta
Establecer y sistematizar el mecanismo de entrega de guardia con la relación de pacientes hospitalizados y pendientes, así como el reporte 2 veces por día en el CVOED.	Subdirección médica	Reportes
Presentar el proyecto de modificación estructural de la unidad a reconvertir	Comité de Mando	Proyecto
Definir los servicios adicionales que se implementaran para la atención de pacientes COVID-19	Comité de Mando	Listado
Acondicionar las salas de espera adicionales y alternas para el Triage de urgencias	Comité de Mando	Fotos
Presentar el plan priorizado para referir a los pacientes hospitalizados hacia las unidades de apoyo	Subdirección médica	Flujogramas
Iniciar el traslado de pacientes de acuerdo al plan establecido	Subdirección administrativa	Fotos
Acondicionar y preparar las áreas físicas destinadas para hospitalizar a los pacientes COVID-19	Director del HGZ/UMF76	Informes de supervisión
Equipar con las camas necesarias y ventiladores los espacios físicos destinados a la hospitalización de pacientes COVID19	CPAS y ES	Informes de supervisión
Presupuestar y solicitar los insumos, equipo y recursos financieros necesarios para la reconversión	Abasto y finanzas	Presupuesto
Gestionar, asignar y entregar los insumos, equipo y recursos financieros necesarios para la reconversión	Subdirección medica	Documento
Fortalecer la atención médica para situaciones de atención de pacientes en condición crítica	Comité de mando	Plan
Organizar las jornadas de trabajo y distribución de personal	Jefatura de Personal	Proyecto
Cancelar los servicios programados	Comité de mando	Listado
Establecer el mecanismo de notificación de la cancelación de citas y cirugías a los derechohabientes	Trabajo social	Plan
Definir los procedimientos críticos y no críticos en la unidad	Comité de mando	Documento
Asignar espacios físicos que puedan funcionar como extensión del mortuario de la unidad	Comité de mando	Fotos

Fuente: Plan de reconversión del HGZ/UMF76. Elaboración propia.

Actividades del equipo de respuesta COVID

De acuerdo a la normativa institucional, se establece como equipo de respuesta COVID-19 al equipo multidisciplinario que dará atención a los derechohabientes sospechosos de enfermedad grave por la infección por COVID-19. El HGZ/UMF76 cuenta con un Equipo de Respuesta COVID conformado por:

- Líder Médico: (Especialista con formación en el manejo de la vía aérea y ventilación mecánica)
- Enfermera Líder: (Especialista en Cuidados Intensivos o Enfermera General)
- 3 Médicos de Soporte: (Médico No Familiar de cualquier especialidad distinta a la del Líder), Médico Familiar, Médico General.
- Enfermeras Generales quienes otorgarán el cuidado enfermero

En el HGZ 76, se cuenta con 100 camas para hospitalizar pacientes sospechosos de infección COVID, distribuidos en los servicios de urgencias, cirugía general y medicina interna.

Se tiene capacidad para formar 5 equipos multidisciplinarios en los turnos matutino y vespertino, y 2 equipos en las veladas

nocturnas y la jornada acumulada, por piso para cubrir el indicador de 24 pacientes por equipo siendo suficientes, al tener 40 camas por piso.

Cada miembro del equipo deberá estar debidamente protegido con un equipo de protección personal.

Se cuentan con 40 camas en el cuarto piso, con 12 tomas habilitadas de oxígeno, 12 tomas de aspiración (se realizó la gestión para el abastecimiento completo)

Se contemplan 80 EPP para los pisos de hospitalización por turno para el equipo multidisciplinario, los cuales fueron gestionados por los jefes de servicio a la Subdirección Administrativa.

En lo que respecta al HGZ/UMF 76 se inició la preparación de la reconversión desde el mes de marzo para consolidarlo el mes de abril cuando se estableció por parte del nivel central la reconversión a Hospital 100% COVID. La reconversión hospitalaria está sujeta a diversas variables como son la tasa de ataque local, demanda de servicios y capacidad de respuesta y por ese motivo las tomas de decisiones deben ser particularizadas a estas características. El HGZ/UMF considera a todas las unidades de su AMGD para





verificar la capacidad instalada basada en las poblaciones de las diferentes unidades de medicina familiar que la conforman.

Poblaciones del AMGD76

El HGZ/UMF 76 cuenta con 32 ventiladores de los cuales 27 son propios de la unidad y 5 son enviados de nivel central. Se tienen en todo el hospital 247 tomas de aire y oxígeno distribuidas en los diferentes puntos de atención de la unidad.

Población asignada al HGZ/UMF76

UMF	POBLACION
UMF67	100,899
UMF 76	66,394
UMF77	208,782
AMGD 76	376,075

Fuente: Dirección de incorporación y recaudación

Desde el inicio de la contingencia al corte del 04 de agosto del 2020 se han registrado 1169 casos sospechosos en la unidad y 381 casos confirmados, como se muestra en el siguiente cuadro:

Casos registrados en plataforma SINOLAVE

Tipo de paciente	Numero de pacientes
Sospechosos	672
Confirmados	473
Con registro SINOLAVE	1148
Sin registro SINOLAVE	25
Con toma de muestra	547
Negativos	164
Pendientes	61
Positivos	309
Muestras Rechazadas	13

Fuente: SINOLAVE y Censo propio del HGZ/UMF76

Se observa dentro del análisis de casos que no hay concordancia de las cifras absolutas de los casos reportados en el Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SINOLAVE) en relación a lo registrado en el Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres (CVOED). Algunos de los principales factores asociados a la oportunidad en la notificación, tamizaje, diagnóstico y registro, son variados y descritos de la siguiente manera:

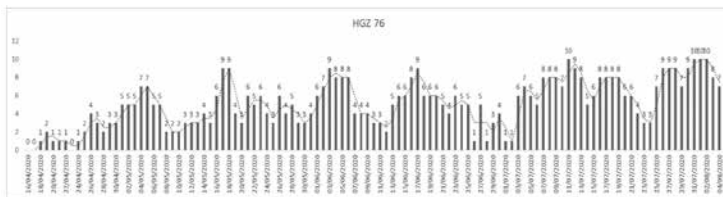
- a. Falta de insumos para la toma de muestra. Por lo que se realizó gestión con las autoridades delegacionales para el abastecimiento de manera oportuna de medios de transporte viral e hisopos resueltos satisfactoriamente.
- b. Plataforma SINOLAVE: La mayoría de los médicos epidemiólogos y las unidades médicas a nivel nacional realizan el registro al mismo tiempo, por lo que la plataforma se satura y no permite la captura oportuna. Es por eso que se realizó en nivel central la actualización del SINOLAVE versión 6.1
- c. Plataforma CVOED: no ha sido factible notificar en el CVOED con oportunidad, ya que depende del número de folio

SINOLAVE de cada uno de los casos; en ocasiones al no haber epidemiólogo en todos los turnos, no se genera el folio. Gracias a la oportunidad de registro en SINOLAVE y la participación de los epidemiólogos se logró eliminar el rezago de pacientes pendientes de registro en menos de una semana para obtener folios y poder realizar el registro en CVOED.

Toma de muestra: desde un inicio se determinó que la toma de muestra es solo a los casos que cumplieran la definición operacional de caso, por lo que no se tamizó al 100% de sospechosos. Con base en el Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral, emitido en mayo del 2020 se realiza al 100% de los casos hospitalizados y solo el 10% de los ambulatorios, por lo que no todos los sospechosos son tamizados.

El análisis de la tendencia de intubados en la unidad, con datos verificados de los informes diarios, del 29 de marzo al 04 de agosto 2020, muestra que a lo largo de las fase 2 y 3 de la contingencia se incrementaron los casos de pacientes graves que ameritaron apoyo mecánico ventilatorio. (Gráfica 1).

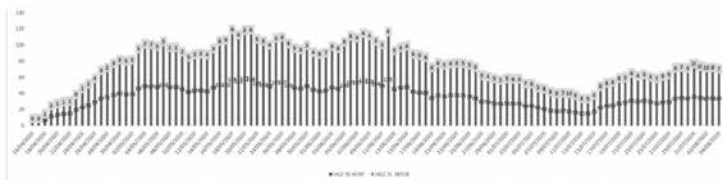
Gráfica 1. Pacientes del HGZ/UMF76 intubados



Fuente SINOLAVE y Censos Epidemiológicos del HGZ/UMF76

Se observa una curva bimodal la cual posee dos puntos máximos, el número de casos se ve en aumento. Sin embargo, la variación y evidente movimiento en las cifras se debe a la gravedad de los casos que en ocasiones acuden en muy malas condiciones incrementando la mortalidad, lo que contribuye en número de personas intubadas pero no en el número de días por ventilador. Se observa un repunte a partir del 07 de julio del 2020 en la atención de pacientes graves. Hasta el momento la unidad ha sido capaz de responder a las necesidades de apoyo mecánico ventilatorio; sin embargo, se observa un incremento en la demanda de pacientes que ameritan ser intubados por la gravedad con la que ingresan al hospital.

Con relación a los casos intubados y los casos hospitalizados del HGZ/UMF76 se presenta un comportamiento muy similar al comportamiento del resto de la Delegación con el incremento de casos con una tendencia positiva; el número de casos graves en uno de los picos máximos que han ameritado apoyo mecánico ventilatorio es del 7.14%, y hasta el momento la unidad ha contado con la capacidad instalada suficiente para poder brindar la atención oportuna a cada uno de los casos graves. (Gráfica 2)



Fuente SINOLAVE y Censos Epidemiológicos del HGZ/UMF76





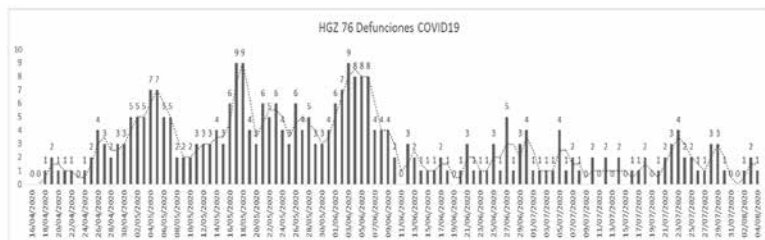
intubados sospechosos no son confirmados en su totalidad por la falta de oportunidad en la realización de la muestra y en ocasiones por la defunción de los mismos, lo que no permite la comprobación de los casos sospechosos. El HGZ/UMF76 trabaja de manera constante para retomar protocolos que permitan que todos los pacientes sean tamizados a su ingreso, para poder abatir el rezago. Se observa un aumento en el caso de pacientes que ingresan a la unidad que han sido traslado de otras unidades híbridas a este hospital, lo que daría la impresión de un repunte en el número de casos y en el número de pacientes internados a partir del día 29/03/2020, en el que también por la progresión de la enfermedad se ha incrementado el número de pacientes con ventilación mecánica.

Al inicio de la pandemia se observó una falta de confluencia a nivel delegacional de casos por día hospitalizados y casos positivos como COVID-19, la cual se atribuyó a la falta de oportunidad en la toma de cultivo para PCR, que principalmente se ve reflejada en los fines de semana o durante periodos en los que no se contó con medios de transporte viral, a lo que en respuesta se dotó de personal para la vigilancia epidemiológica en los diferentes turnos (matutino, vespertino y de jornada acumulada) y se ajustó la dotación de insumos para toma de muestra, con la finalidad de cubrir las necesidades de cada unidad operativa.

En alguno de los casos, la oportunidad está perdida también por la gravedad de los pacientes sospechosos los cuales pueden morir antes de la realización de la toma de la muestra, incluso en los códigos negros (ingreso de pacientes sin signos vitales) y por desconocimiento en algunos casos, no se realizaba la toma de muestra post mortem, perdiendo la oportunidad de clasificar esa defunción. Actualmente el HGZ/UMF76 cuenta con una unidad de vigilancia epidemiológica que cubre los diferentes turnos, para garantizar la toma de muestra con oportunidad y poder contar con los resultados que permitan clasificar cada uno de los casos

Mortalidad

La mortalidad en esta unidad presenta un comportamiento esperado con base en los escenarios y las etapas de la contingencia ya que a principios del mes de abril se observa una tendencia positiva en el incremento de las defunciones y se mantiene con ciertas variaciones hasta el mes de mayo donde se observó el pico máximo hasta el momento en este HGZ/UMF76. (Grafica 4)



Fuente SINOLAVE y Censos Epidemiológicos del HGZ/UMF76

Se observan tres puntos máximos de mortalidad, los cuales presentan comportamientos esperados a festividades previas, a las comorbilidades, la oportunidad con la que acuden los pacientes a recibir atención médica ya que debido a las creencias en salud de nuestra población en ocasiones acuden al hospital hasta que la evolución de los casos es muy grave; a la fecha las

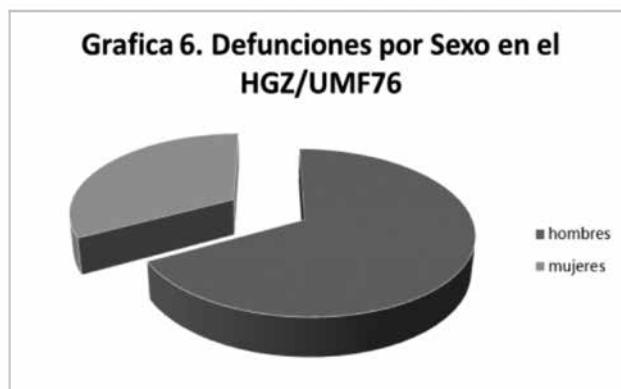
defunciones por día han disminuido a una por día.

Con respecto a datos estadísticos, las defunciones representan en un mayor porcentaje a hombres con respecto a las mujeres como se puede observar en la gráfica 6, las edades de las defunciones se encuentran entre los 40 y los 89 años de edad siendo la media aritmética de 59 años.

Defunciones por sexo:

Sexo	Total	%
Hombres	215	67
Mujeres	105	33

Fuente: SINOLAVE y censo de defunciones del HGZ/UMF 76



En algunos casos la oportunidad de toma de muestra no fue factible, en un inicio por la falta de insumos, en algunos otros casos por la gravedad con la que ingresaban los pacientes ya que en cuestión de horas fallecían y al priorizar la atención médica no era factible la toma de muestra. Por lo que cada uno de los certificados de defunción deberá de ser analizado para la debida rectificación o ratificación de los diagnósticos.

Se observa un decremento en el número de casos que ameritan hospitalización y apoyo mecánico ventilatorio. La mortalidad en COVID-19 para el tamaño de muestra observado ha disminuido a una muerte por día en promedio; hasta el momento la capacidad instalada no ha sido rebasada por la demanda de atención y no se han reportado algún caso que no haya podido ser atendido por falta de ventilador.

Con base en lo anterior el HGZ/UMF76 continuará realizando la atención a los pacientes sospechosos y confirmados, estableciendo un compromiso con la detección oportuna, clasificación de los casos en la plataforma SINOLAVE para así garantizar la congruencia de lo reportado en CVOED, proporcionando una atención oportuna y de calidad, mediante la gestión y administración de insumos necesarios para dar cumplimiento a cada uno de los lineamientos que establecen la atención de pacientes con COVID-19

Como resultado de la intervención oportuna, planeación, reconversión hospitalaria y capacitación, el HGZ/UMF76 de la OOAD México Oriente, tiene la capacidad instalada necesaria para hacer frente a la pandemia por COVID-19, dando atención oportuna a todos los pacientes con o sin seguridad social que





acuden diariamente a solicitar la atención médica, hasta el momento con camas disponibles y con la capacidad de brindar el apoyo mecánico ventilatorio, en caso de ser necesario.

En todo momento el objetivo de esta unidad ha sido garantizar la seguridad de los trabajadores y mantener la atención a todos sus derechohabientes, por lo que continúa con:

- a. Blindaje de las unidades a fin de evitar el ingreso de sujetos con sospecha de infección que no sean canalizados a través de los filtros correspondientes.
- b. Filtros y triage respiratorio.
- c. Garantizando la línea de abastecimiento de recursos.
- d. Información y capacitación permanente del personal.
- e. Mantiene el rescate del personal de salud ante situaciones de "burnout" o contagio.
- f. Continúa la atención ordinaria de la unidad de acuerdo con la demanda y la reconversión de la consulta de Medicina Familiar, implementando un filtro para la clasificación de la enfermedad respiratoria.
- g. A la fecha se incrementó la expedición de receta re-surtible, se fortaleció la atención domiciliaria y la Orientación Médica Telefónica.

Referencias bibliográficas

1. Letko, M., Seifert, S.N., Olival, K.J. et al. Bat-borne virus diversity, spillover and emergence. *Nat Rev Microbiol* 18, 461–471 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41579-020-0394-z>
2. Olmos G, Claudio; Cepeda S, Javier; Zenteno A, Daniel et al. Nuevo Coronavirus(COVID 19) En población general y pediátrica:Una revisión epidemiológica. *Neumología Pediátrica* 15, 293-300 (2020).
3. Lu R, Zhao X, Li J, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*. 565-574. (2020). doi: 10.1016/S0140-6736(20)30251-8.
4. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019: What we know?. *J Med Virol* 92. 719-725. (2020). doi:10.1002/jmv.25766
5. Organización Mundial de la Salud [Internet] .Enero 2020. Brote de enfermedad por Coronavirus (COVID-19) .(Consultado el 28 de junio de 2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
6. Gobierno de México [Internet].ND.Coronavirus en Mexico. (Consultado el 26 de junio del 2020).Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/nuevo-coronavirus>
7. Johns Hopkins University Medicine [Internet] . ND. New Cases of covid-19 in world countries.(Consultado el 27 de junio de 2020). Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/data/new-cases>

