



**Gobierno Bolivariano
de Venezuela**

Ministerio del Poder Popular
para la **Salud y Protección Social**

COMITE NACIONAL DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE INFLUENZA PANDEMICA

**INFLUENZA A /H1N1:
GUÍA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL**

**(ANEXOS DEL PLAN NACIONAL DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE
INFLUENZA PANDÉMICA)**

Versión, 23 de julio de 2009

CONTENIDO

1. Aspectos generales
2. Objetivos
3. Planificación y Coordinación : Aspectos Legales
4. Vigilancia Epidemiológica en Humanos:
 - a. Definiciones de Caso
 - b. Toma de muestras
 - c. Ficha
5. Prevención y Contención:
 - a. Intervenciones no Farmacológicas en pacientes con Influenza H1N1,
 - b. Participación Ciudadana ante Situaciones de Alerta
 - c. Tratamiento con Antivirales
 - d. Quimioprofilaxis en Contactos
6. Respuesta del Sistema de Salud:
 - a. Organización de la Red de Establecimientos Públicos frente a la Nueva Influenza A H1N1
 - b. Flujogramas para manejo clínico de pacientes adultos, pediátricos y embarazadas
 - c. Recomendaciones para manejo hospitalario de la Neumonía
 - d. Recomendaciones para el aislamiento hospitalario
 - e. Recomendaciones para poblaciones especiales

1. ASPECTOS GENERALES

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un serio problema de salud, en la mayor parte del mundo, apreciándose una alta carga dentro de las principales causas de mortalidad y morbilidad.

La influenza estacional o gripe, es una de las IRA que las personas regularmente adquieren durante algunas épocas del año, principalmente en los meses más fríos en los países donde las estaciones climáticas son más marcadas. En países de clima tropical los patrones de circulación no están claramente definidos. El período de incubación del virus varía de 1 a 4 días, con un promedio de 2 días. La enfermedad se caracteriza por fiebre, cefalea, mialgia, postración, coriza, dolor de garganta y tos. La tos suele ser intensa y duradera. Las demás manifestaciones son de curso limitado y el paciente se restablece en el término de dos a siete días. Desde el punto de vista clínico, la influenza puede no distinguirse de las enfermedades causadas por otros virus de las vías respiratorias. Este virus se transmite de persona a persona de manera eficaz y por diversas formas como, contacto directo, por gotitas (microgotas) que llegan en general a desplazarse hasta 1 metro, por fómites a través de objetos y raramente por aerosoles. Sin embargo, la enfermedad causada por influenza estacional puede ser eficazmente prevenida con la vacunación anual.

Se conocen 3 tipos de virus de la influenza: A, B y C. El tipo A muta más rápidamente y por lo tanto muestra mayor flexibilidad antigénica y mayor virulencia que los tipos B y C. Todos pueden tener como huéspedes a humanos, caballos, cerdos, mamíferos marinos y aves. Las cepas H1 N1 y H3 N2 son las que circulan comúnmente en la población humana (2)

Una pandemia de influenza ocurre cuando se genera un nuevo subtipo viral, por cambios mayores en el virus, al cual la población humana no ha tenido exposición previa. El nuevo virus al encontrar una población susceptible puede ocasionar epidemias que se diseminan rápidamente a nivel mundial entre los humanos y pueden presentar gran mortalidad.

El virus debe reunir las siguientes condiciones para que pueda darse una pandemia.: Ser capaz de producir enfermedad en humanos, que la población expuesta sea totalmente susceptible al virus (que no tenga inmunidad previa) y elevado potencial de transmisión (eficiente y sostenidamente de persona a persona).

Es importante resaltar que la falta de inmunidad previa de la población a los nuevos virus ocasiona altas tasas de morbilidad, con una severidad clínica mayor a la que con frecuencia observamos. Este potencial de severidad demanda que las medidas de asistencia al paciente, las de control y prevención de nuevos casos sean establecidas de inmediato.

En el último siglo ocurrieron tres grandes pandemias de Influenza: la primera ocurrió en 1918 (influenza del tipo A/H1N1) y fue responsable de la muerte de aproximadamente 40 a 50 millones de personas en todo el mundo, principalmente jóvenes; la segunda fue en 1957 (influenza de tipo A/H2N2) y la

tercera en 1968 (influenza de tipo A/H3N2), con aproximadamente 2 y 1 millón de defunciones en todo el mundo, respectivamente. (1)

En la actualidad emerge un nuevo virus pandémico, **Influenza A/H1N1**, ocasionando una nueva IRA caracterizada por: fiebre mayor de 39°C, cefalea intensa, tos, dolor muscular y articular con compromiso del estado general, también se puede presentar odinofagia, náuseas, vómitos y diarrea. Se transmite fácilmente de persona a persona al hablar, toser o estornudar y puede ser confundirse con otros cuadros de IRA causados por un tipo diferente de virus (Sincicial respiratorio, Parainfluenza, o Influenza estacional entre otros).

El período de incubación generalmente es de 1 a 4 días, con un promedio de 2. Los adultos pueden contagiar el virus desde un día previo al comienzo de los síntomas y hasta 7 días después, los niños pueden transmitirlo durante un período de hasta 14 días, posterior al inicio de los síntomas. (2)

La complicación más frecuente de la influenza, tanto estacional como pandémica, es la infección respiratoria aguda grave (IRAG) con la manifestación clínica de neumonía. Algunas veces puede ser una infección primaria debido al virus de la influenza o más comúnmente puede ser una neumonía bacteriana secundaria (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, o *S. aureus*). Durante las epidemias anuales, los casos más graves y las defunciones se producen principalmente en niños, ancianos y personas debilitadas por enfermedades crónicas.

Este escenario hace necesaria la detección temprana de la circulación del virus Influenza A/H1N1 así como la adopción inmediata de medidas de control dirigidas a contener la circulación viral.

2. OBJETIVO DE LA GUIA

Brindar herramientas al personal de salud de todos los niveles de atención, para fortalecer las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento respuesta de los establecimientos de salud ante una eventual pandemia de Influenza A H1N1, las recomendaciones están basadas en la mejor evidencia disponible hasta el momento con el objeto de garantizar una atención adecuada y eficiente.

3. PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN:

3.1. ASPECTOS LEGALES: RÉGIMEN JURÍDICO DEL CONTROL DE PACIENTES EN CASO DE PANDEMIA

Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela

Artículo 83

- La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de **cumplir, con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república**

Artículo 156

- Es de la competencia del poder público:.....:
- 22. El régimen y organización del sistema de seguridad social.
- **23 las políticas nacionales y legislación en materia de sanidad, vivienda, seguridad alimentaria, ambiente, aguas, turismo, ordenación del territorio y naviera.**
- 24 las políticas y los servicios nacionales de educación y salud, público y el defensor del pueblo.
- 33 toda otra materia que la presente constitución atribuya al poder público nacional, o que le corresponda por su índole o naturaleza.

Ley orgánica de salud

Artículo 29: el primer nivel de atención médica estará a cargo del personal de ciencias de la salud y se prestará con una dotación básica. Dicho nivel cumplirá acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria sin distinción de edad, sexo o motivo de consulta.

Artículo 30: el segundo nivel de atención médica cumple funciones de promoción, protección, prevención diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria de afecciones discriminadas por edad, sexo y motivo de consulta, que requieren médicos especialistas y equipos operados por personal técnico en diferentes disciplinas.

Artículo 31: el tercer nivel de atención cumple actividades de diagnósticos y tratamientos en pacientes que requieren atención especializada con o sin hospitalización en aquellos casos referidos por los servicios de atención del primer y segundo nivel.

Artículo 69: los pacientes tendrán los siguientes derechos:

1. El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso.

2. Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos.
3. **Recibir explicación** en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, **a fin de que pueda dar su consentimiento informado** ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, **a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.....**
7. Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.
8. Ser asistido en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aun en situación de conflictos laborales.....

Artículo 70: los pacientes tendrán los siguientes deberes:.....

4. Cumplir las disposiciones legales, reglamentos, resoluciones y órdenes que adopten las autoridades públicas competentes en beneficio de su salud y la salud de los demás.....

Ley de ejercicio de la medicina

Artículo 25: sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los profesionales que ejerzan la medicina están obligados a:

1. Prestar su colaboración a las autoridades en caso de epidemias, desastres y otras emergencias, suministrar oportunamente los datos o informaciones que por su condición de funcionarios o de médicos, de acuerdo con disposiciones legales, les sean requeridos por las autoridades.
2. Respetar la voluntad del paciente o de sus representantes manifestada por escrito, cuando este decida no someterse al tratamiento y hospitalización que se le hubiera indicado. Esta circunstancia deja a salvo la responsabilidad del médico. Sin embargo, **la voluntad del paciente no podrá prevalecer en casos en que estén interesados la salud y el orden público conforme a la ley.**
3. Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean en los casos de pacientes en estado de inconsciencia y de urgencias médicas que puedan constituir evidente peligro para la vida de éstos.
4. Promover el internamiento en establecimientos hospitalarios públicos o privados, de paciente que por su estado somático, psíquico o por trastornos de conducta signifiquen peligro para si mismos o para terceros.
5. Denunciar ante las autoridades competentes las condiciones de insalubridad o de inseguridad que observen en los ambientes de trabajo, así como aquellas que noten en lugares públicos o privados que constituyan riesgos para la salud o la vida de quienes a ellos concurren.
6.

Artículo 26: es obligatorio para todo médico, excepto en los casos de comprobada imposibilidad, prestar sus servicios en las siguientes situaciones:

1. Cuando se trate de un accidente o de cualquiera otra emergencia.
2. Cuando no hubiere otro profesional en la localidad
3. Cuando la solicitud de servicios provenga de un enfermo que está bajo su cuidado.

Artículo 47: no hay violación del secreto médico en los casos siguientes:

1. Cuando la revelación se hace por mandato de la ley
4. Cuando el médico ha sido encargado por la autoridad competente para determinar sobre el estado físico o mental de una persona.
- 6 cuando hace la denuncia de casos de enfermedades notificables de que tenga conocimiento ante las autoridades competentes.
- 7

Código de Deontología Médica

Artículo 69: el enfermo tiene derecho a:

1. Exigir de los médicos que lo asisten y de los demás integrantes del equipo de salud un elevado grado de competencia profesional y a esperar de los mismos una conducta moral irreprochable,
2. Ser atendido en forma respetuosa y cordial por el medico y por los demás integrantes del equipo de salud.
3. Ser informado de la naturaleza de su padecimiento, de los riesgos inherentes a la aplicación de los procedimientos diagnósticos y a conocer las posibles opciones.
8. Rehusar determinadas indicaciones diagnósticas o terapéuticas siempre que se trate de un adulto mentalmente competente .el derecho a la autodeterminación no puede ser abrogado por la sociedad a menos que el ejercicio del mismo interfiera los derechos de los demás. Si tal decisión pone en peligro la vida del enfermo, debe el médico exigir la presencia de testigos que den fe de la decisión del mismo y anotar la información pertinente en la correspondiente historia clínica.
9.

Artículo 70: el enfermo debe:

- 1) Cumplir obedientemente las prescripciones del médico y no permitir se le persuada a tomar medicamentos sugeridos por profanos.....

Reglamento Sanitario Internacional

1. Artículo 23: medidas sanitarias a la llegada o a la salida
2. Artículo 30: viajeros sometidos a observación de salud pública
3. Artículo 31. Medidas sanitarias relacionadas con la entrada de viajeros.
4. Artículo 32 trato dispensado a los viajeros
5. Artículo 42 Aplicación de medidas sanitarias
6. Artículo 43 Medidas sanitarias adicionales

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN HUMANOS:

4.1. DEFINICIONES DE CASO

Caso Clínico de Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona que cursa con enfermedad de inicio súbito, caracterizada por fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0) cefalea, mialgias y síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta, rinorrea), **en ausencia de otros diagnósticos.**

Caso Clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave: Persona que cursa con enfermedad caracterizada por inicio súbito de fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0), cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (tos y /o dolor de garganta, rinorrea) y que además presenta dificultad respiratoria.

En el caso de la población pediátrica se diagnostica dificultad respiratoria cuando presenta:

Edad	Frecuencia Respiratoria
Menor de 2 meses	Mayor a 60 respiraciones por minuto
De 2 meses a 11 meses	Mayor a 50 respiraciones por minuto
De 12 meses hasta 5 años	Mayor de 40 respiraciones por minuto
Mayores de 5 años	Mayor de 20 respiraciones por minuto

Tiraje intercostal
Aleteo Nasal
Cianosis

Caso Sospechoso de Influenza A (H₁N₁): Todo/a paciente que:

- a. Cumple con la definición de caso clínico de Enfermedad Tipo Influenza y que:
 - Sea procedente de un país con casos confirmados
 - Sea procedente de un estado del país con circulación sostenida: Miranda, Anzoátegui, Carabobo, Aragua y Dpto. Capital.
- b. Tiene cuadro clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en ausencia de otros diagnósticos de tipo respiratorio.
- c. Fallece por cuadro clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) de causa inexplicada.

Caso Confirmado: Todo caso sospechoso con:

- a. Resultado positivo para influenza A (H₁N₁), por uno o más de los siguientes test: cultivo viral o PCR en tiempo real (caso confirmado por laboratorio), o
- b. Durante los siete (7) días anteriores al inicio de la enfermedad ha sido contacto con un caso confirmado de nueva influenza A (H₁N₁), dentro o fuera del país (caso confirmado por nexo epidemiológico)

En caso de defunción la confirmación se hará a partir de muestra de tejido pulmonar (PCR ó cultivo viral). **Art. 17** (Reglamento Sobre Enfermedades de Denuncia Obligatoria 1939. Gaceta Oficial No 19952. **Vigente**).

Contacto: Aquella persona que interactúa de forma directa (que ha estado en un ambiente donde había alta probabilidad de contacto con secreciones o aerosoles respiratorios ó a una distancia menor de 2 metros) con un caso confirmado de infección por influenza A-H₁N₁.

4.2. TOMA DE MUESTRA PARA DIAGNÓSTICO DE VIRUS RESPIRATORIOS. (NORMAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE “RAFAEL RANGEL”)

CONSIDERACIONES:

En una pandemia de Influenza A (H₁N₁) no se requiere la toma de muestras a todos los casos sospechosos.

Se tomará muestra por hisopado nasal, nasofaríngeo o faríngeo a:

- Casos de IRAG
- Casos sospechosos con co-morbilidad
- Casos sospechosos en embarazadas
- Casos sospechosos en áreas geográficas no afectadas
- Brotes en sitios de confinamiento o cerrados¹.
- Caso sospechoso de influenza en niños menores a 2 años
- Caso sospechoso de influenza procedente de país afectado o de un estado venezolano con transmisión comunitaria sostenida

1. MUESTRA:

- Hisopado Nasal
- Hisopado faríngeo

2. METODOS DE COLECCIÓN DE MUESTRAS:

- **Hisopado Nasal:** Inserte un hisopo seco en la nariz paralelamente al paladar hasta la altura de los cornetes nasales (3cm en el adulto y un poco menos en niños). Frote el área y retírelo suavemente con movimiento rotatorio. Introduzca el hisopo dentro del recipiente que contiene el medio de transporte viral y cierre herméticamente (VIROCULT).
- **Hisopado Faríngeo:** Frote vigorosamente con un hisopo ambas amígdalas y la faringe posterior y proceda como en el paso anterior.

3. CONDICIONES DE LA MUESTRA:

- Debe ser tomada dentro de las primeras 72 horas del inicio de los síntomas.
- No debe haber contenido hemorrágico ni secreciones purulentas.
- Los hisopos de recolección (VIROCULT) deben ser conservados en la nevera hasta el momento de su utilización.

¹ Instituciones educativas, cárceles, geriátricos, establecimientos de salud, cuarteles, entre otros.

- Una vez tomada la muestra, enviar al INH"RR" dentro del lapso de la siguientes 24 horas de la toma a la siguiente dirección: Ciudad Universitaria, detrás del Hospital Clínico Universitario (UCV-Caracas), teléfonos: (0212) 693.44.76-fax (Gerencia de Diagnóstico y Vigilancia Epidemiológica), (0212)219.17.00 (División de Vigilancia Epidemiológica), (0212)219.17.34 (División de Diagnósticos y Enfermedades Transmisibles).
- El Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" cuenta con los servicios de la Compañía MRW, para el envío de las muestras con cobro a destino, dicha compañía trabaja de lunes a sábado.
- Todo envío debe venir acompañado de la siguiente información: procedencia del envío, responsable, teléfono de contacto, hora de salida de la región, hora probable de llegada al INH"RR" y servicio de transporte empleado, ficha de paciente con los datos solicitados en la misma.

4. GUIA GENERAL

- Las muestras conservadas en el medio de transporte VIROCULT deben ser debidamente identificadas.
- Almacenamiento: Guardarlas en nevera a 4°C hasta el momento de su envío.
- Transporte: en hielo húmedo dentro de cavas u otros envases.
- La ficha del paciente debe contener toda la información
- El estudio no requiere de muestras de suero

5. RECEPCION INH"RR"

- Unidad de Atención al Paciente: 7 a.m. a 4 p.m. de lunes a viernes
Responsable: Lic. Dulce Morón
Teléfono: (0212) 219.17.01 y 219.17.33
- Vigilancia: 4 p.m. a 7 a.m.: lunes a viernes
Sábados, domingos y feriados (24 horas)
Responsables: Personal de vigilancia del INH"RR"
Teléfonos: (0212) 219.16.00 y 219.16.54
- El personal de vigilancia está entrenado para recibir las muestras y avisar al personal técnico de guardia.


Para mayor información:

(0212) 693.44.76-fax (Gerencia de Diagnóstico y Vigilancia Epidemiológica)

(0212)219.17.43 (División de Diagnósticos y Enfermedades Transmisibles).

(0212)219.17.26 y 219.17.00 (División de Vigilancia Epidemiológica)

4.3. FICHA PARA INVESTIGACION DE CASOS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA

		Código Nº I.N.H.A.A.: _____		Fecha Estado Nº: _____			
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA UNIDAD DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO		FECHA: _____ SEXO EPIDEMIOLÓGICA: _____ HOSPITAL: _____ ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ PARROQUIA: _____					
FECHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA							
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y RESIDENCIA:							
APELLIDOS Y NOMBRES: _____			GÉNERO: _____		EDAD: _____		
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____			FECHA DE NACIMIENTO: _____				
DIRECCIÓN: _____							
ETNIA: _____		INVESTIG. DE BROTE () _____		CONSULTANTE () _____			
SITIO DE TRABAJO: _____		OCUPACIÓN: _____		CONTACTO () _____			
NOMBRE DEL PADRE y/o MADRE: _____			TELÉFONO: _____				
ESTADO: _____		MUNICIPIO: _____		PARROQUIA: _____			
II. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:							
LUGAR PROBABLE DE EXPOSICIÓN: _____							
ESTADO: _____		MUNICIPIO: _____		PARROQUIA: _____			
FECHA PROBABLE DE EXPOSICIÓN: _____			TIEMPO DE EXPOSICIÓN: _____				
FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS: _____			FECHA DE ATENCIÓN MÉDICA: _____				
FECHA DE NOTIFICACIÓN: _____			FECHA DE INVESTIGACIÓN: _____				
EN CASO DE VIAJE POR VÍA AÉREA: PROCEDENCIA: _____							
FECHA DE ARRIVO: _____		LUGAR (AEROPUERTO): _____					
III. DATOS CLÍNICOS- Marque con una X							
FECHA DE INGRESO: _____		NÚMERO DE HISTORIA: _____		NÚMERO DEL CASO: _____			
SIGNOS Y SÍNTOMAS	SI	NO	FECHA	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SI	NO	FECHA
FIEBRE				TAQUIPNEA			
ESCALOFRÍOS				DISNEA/TIRAJE			
CEFALEA				CIANOSIS			
MIALGIAS				AUSCULTACIÓN:			
ARTRALGIAS				RONCUS			
ADENOPATÍAS				SIBILANTES			
CONGESTIÓN NASAL				CREPITANTES			
RINORREA				MALESTAR GENERAL			
ESTORNUDO				FATIGA			
GARGANTA: ARDOR				ASTENIA			
GARGANTA: DOLOR				POSTRACIÓN			
ODINOFAGIA				CONJUNTIVITIS			
ESTRIDOR				NAUSEAS/O VÓMITOS			
DISPNEA				DIARREA			
TOS PERRUNA				ERITEMA			
TOS PRODUCTIVA				OTROS:			
DOLOR TORÁCICO							
IV. DATOS DE EXÁMENES PARACLÍNICOS:							
TIPO DE EXÁMEN		VALORES		TIPO DE EXÁMEN		VALORES	
FECHAS				FECHAS			
HB				TGO			
HTO				TGP			
CTA BLANCA				PROTEÍNA C REACTIVA			
SEGMENTADOS				PUNCIÓN TORÁCICA			
LINFOCITOS				RX TÓRAX:			
EOSINÓFILOS				Condensación			
MONOCITOS				Derrame pleural			
GLUCEMIA				Broncoscopia aérea			
UREA				IN FILTRADO INTERS			
CREATININA				IN FILTRADO ALVEOLAR			
				OTROS			

V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS-								
FACTORES DE RIESGO		FACTORES DE RIESGO		SI	NO			
CONTACTO CON ANIMALES (AVES, PORCINOS, EQUIDOS)		HABITO TABAQUICO						
DONDE:		ANTECEDENTES DE ASMA						
HA ESTADO EN CONTACTO CON GALLINEROS, COCHINERAS, HARAS		ANTECEDENTES DE EBPOC						
VIAJES EN LOS ULTIMOS 10 DIAS		ANTECEDENTES DE CARDIOPATIAS/HTA						
DONDE:		ANTECEDENTES DE DIABETES						
HA ESTADO CUEVAS CON EXCREMENTO DE AVES O MURCÉLAGOS		ANTECEDENTES NEFROPATIA						
HA ESTADO EN SOTANOS Y/O SITIOS EN CONSTRUCCION, CON EXCREMENTO DE AVES O MURCÉLAGOS		INFECCION VIH/SIDA						
CONTACTO CON FLUIDOS/TEJIDOS HUMANOS		OTROS:						
FAMILIARES O VECINOS CON SINTOMAS PARECIDOS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		ANTECEDENTES VACUNALES (Importante)	Nº de Dosis	FECHA DE ULTIMA DOSIS				
	NOMBRES Y APELLIDOS (*)	ANTI INFLUENZA						
1		ANTI SARAMPION						
2		TRIVALENTE VIRAL						
3		DPT						
4		ANTIHAEMOPHILUS TIPO B:						
5		PENTAVALENTE						
6		ANTIMENINGOCOCO						
¿Cuántos?		Vacunas Neumococcicas:						
Nº DE PERSONAS DEL GRUPO FAMILIAR		Heptavalente						
Nº DE HABITACIONES PARA DORMIR		Vacuna 23 Valente						
POBLACION CAUTIVA		SINTOMAS PRINCIPALES (ESPECIFIQUE)						
DONDE:								
TRABAJADOR DEL AREA DE SALUD								
33. Uso de Antibioticos dentro de la última Semana: Si() No() No sabe ()			Si es SI ¿Cuál?					
Oral() Parenteral()		Fecha de primera dosis:...../...../.....		Fecha de ultima dosis:...../...../.....				
VII. DIAGNÓSTICOS, MANEJO Y CONDICIONES DEL PACIENTE:								
Dx. PROBABLE (MARQUE CON UNA X)			MANEJO Y CONDICIÓN (MARQUE X)					
INFLUENZA			HOSPITALIZACIÓN					
FARINGITIS AGUDA			AMBULATORIO					
AMIGDALITIS AGUDA			BUSQUEDA ACTIVA					
RINOFARINGITIS AGUDA			SERVICIO DE EMERGENCIA					
NEUMONIA			UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					
BRONQUIOLITIS AGUDA < 2 A			MOTIVO DE ALTA MÉDICA (MARQUE X)					
BRONQUITIS AGUDA			MEJORIA					
SINDROME COQUELUCHOIDE/TOSFERINA			TRASLADO					
SINDROME VIRAL			MUERTE					
MALARIA			CONTRA OPINIÓN					
HISTOPLASMOSIS			FUGA					
NEUMONITIS QUIMICA			OBSERVACIONES:					
OTROS:								
VIII. EXAMEN SOLICITADO:								
TIPO DE EXAMEN	SI		NO		FECHA TOMA	FECHA DE RECEPCION		
HISOPADO NASAL								
HISOPADO FARÍNGEO								
HISOPADO NASOFARÍNGEO								
ESPUTO								
ASPIR. TRAQUEAL/RONQUIAL								
CEPILLADO BRONQUIAL								
TEJIDOS POR BIOP/AUTOP								
ORGANOS (PULMÓN)								
SANGRE								
FROTIS SANG PERIF /TEJIDOS								
LIQUIDO PLEURAL								
TIPO DE PRUEBA REALIZADA	ELISA	Inmunofluorescencia	AISLAMIENTO VIRAL*	TIPIFICACIÓN	CULTIVO	ANTIBIOGRAMA	PCR	Gram
RESULTADOS								
TIPO DE PRUEBA REALIZADA	SEROLÓGIA PARA HONGOS	HISTOPLAMINA (P.CUTÁNEA)	PRUEBAS TOXICOLÓGICAS					
RESULTADOS								
Dx. DEFINITIVO:								
IX. CLASIFICACION FINAL DE CASO								
Sistema de Información: Confirmado() Probable() Sospechoso() Descartado() Inadecuadamente Investigado()								
IX. RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN.								
NOMBRE Y APELLIDO:			E-MAIL:					
FUNCIÓN:			TELEFONO:			TELEFAX:		
FIRMA								

5. PREVENCIÓN Y CONTENCIÓN:

5.1. NORMAS SOBRE INTERVENCIONES NO FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON INFLUENZA AH1N1

I. ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Ante la sospecha de un caso de influenza A (H1N1) en la consulta de un establecimiento del nivel primario o secundario, el personal de salud debe actuar de acuerdo a los siguientes procedimientos:

1. Protegerse con el EPP.
2. Proporcionar inmediatamente al paciente y acompañante una mascarilla para cubrir la boca y la nariz a fin de activar el protocolo para la higiene respiratoria y el manejo de la tos.
3. Instruir al paciente para que proteja la boca y la nariz con pañuelos de papel al toser y estornudar.
4. Evaluar clínicamente al paciente e informarle su situación de salud.
5. No realizar exámenes complementarios en el ámbito ambulatorio
6. Mantener al caso sospechoso y al acompañante en un área o sala de espera separada del resto de los pacientes.
7. El personal de salud debe permanecer con el paciente hasta que se efectúe el traslado.
8. Notificar el caso al Servicio de Epidemiología Distrital.
9. Ventilar el local donde haya permanecido el caso sospechoso
10. Desinfectar y limpiar el área utilizando lejía diluida al 0.1% que equivale a 1.000 ppm de cloro (20 o 25 cc de lejía en 1.000cc de agua). En el caso que exista contaminación con sangre o materia orgánica es necesario aumentar la concentración de lejía.
11. Participar en el estudio epidemiológico y de contactos.

II. TRASLADO DE PACIENTES

El traslado de pacientes sospechosos debe realizarla el personal de salud de acuerdo a los siguientes procedimientos:

- 1 Realizar el traslado del paciente sospechoso en ambulancia.
- 2 El paciente sospechoso que haya consultado en el primer o segundo nivel de atención debe llevar al hospital una hoja de referencia.
- 3 Las ambulancias deben estar dotadas de cabina para el conductor, convenientemente aislada del área del enfermo.
- 4 El personal de salud de la ambulancia debe llevar puesta la bata, mascarilla, guantes y lentes desde la entrada al lugar donde se

encuentre el paciente o sospechoso hasta el destino final. Al entrar en contacto con el paciente o sospechoso debe facilitarle inmediatamente la mascarilla.

- 5 El paciente o caso sospechoso debe utilizar la mascarilla quirúrgica durante todo el trayecto para reducir el riesgo de infección del personal de salud.
- 6 En la ambulancia no deben viajar familiares ni acompañantes, sólo el personal de salud.
- 7 El material contaminado en la ambulancia debe desecharse sólo en los contenedores de los hospitales provistos a tal fin

III. ATENCIÓN HOSPITALARIA.

Los hospitales tipo III y tipo IV, es decir, los de mayor complejidad serán los receptores iniciales de los pacientes que requieran hospitalización por influenza A H1N1. Si estos hospitales sobrepasan su capacidad de respuesta, los pacientes podrían ser atendidos en otros establecimientos de salud, que cuenten con salas de aislamiento y unidad de cuidados intensivos.

En dichos establecimientos deben cumplirse las siguientes condiciones:

3.1. Triage:

A. Definición: es el primer paso del abordaje, que permite la clasificación de un paciente fundamentada en el tipo de atención inmediata que debe recibir.

B. Objetivos del triaje:

Reducir el riesgo de transmisión o contagio

Determinar el tipo y la gravedad de la enfermedad (diagnostico diferencial)

Priorizar la atención y decidir el destino inmediato del paciente (hospitalización en aislamiento o manejo ambulatorio)

C. Características del triaje:

Identificar y adaptar tres áreas físicas (adultos, pediátrica y obstétrica) exclusivas para realizar la atención de personas con enfermedad tipo influenza o infección respiratoria aguda

El área física debe ser exclusiva, con restricciones de tránsito y contiguas pero no incorporada a los ambientes hospitalarios y/o de consulta externa

Determinar y señalar las rutas para el traslado de pacientes desde el área de triaje a las salas de aislamiento y de estas a otros servicios si fuese necesario, por ejemplo, radiología y unidad de cuidados intensivos.

Contar preferiblemente con lavamanos y wc

Contar con una sala de espera preferiblemente amplia y ventilada

Estar provista de pañuelos de papel, jabón o desinfectante y papel desechable para el secado de las manos

Contar con tres tipos de papeleras accionadas a pedal: para los desechos personales del paciente, para los lentes no desechables y para los desechos biopeligrosos

Disponer de equipos de bioseguridad para el personal de salud

La puerta del área de los consultorios debe permanecer cerrada

Colocar en la puerta un cartel explicativo sobre las normas a cumplir

D. Recepción de pacientes sospechosos de influenza A H1N1 en el área de triaje

La recepción y selección de pacientes sospechosos de influenza A (H1N1), debe realizarla el personal de salud de acuerdo a los siguientes procedimientos:

1. Todo trabajador de salud destinado al área de triaje debe utilizar el equipo de protección personal básico: mascarilla, bata y guantes desechables cumpliendo así el protocolo de bioseguridad.
2. Proporcionar inmediatamente al paciente y acompañante una mascarilla quirúrgica para cubrir la boca y nariz a fin de activar el protocolo de higiene respiratoria y el manejo de la tos.
3. En el caso que el paciente requiera ser hospitalizado en el área de aislamiento, debe utilizar la mascarilla quirúrgica durante el tránsito por el establecimiento
4. Instruir al paciente para que proteja la boca y la nariz con pañuelos de papel al toser y estornudar.
5. Evaluar clínicamente al paciente e informarle su situación de salud.
6. El caso sospechoso preferiblemente no debe tener acompañante; en caso de ser necesario solo se acepta uno por cada caso y debe cumplir las medidas de bioseguridad.

3.2. AISLAMIENTO

A. Definición

Consiste en la separación de personas con enfermedad tipo influenza o infección respiratoria aguda, bajo condiciones que eviten o limiten la transmisión del agente infeccioso. Ello implica, utilizar ambientes o habitaciones individuales con el criterio de cohorte, es decir atender a los pacientes con estas patologías en una misma habitación.

B. Objetivo del aislamiento:

Evitar la transmisibilidad de la enfermedad a otros pacientes y al personal de salud

C. Características del aislamiento:

Identificar y adaptar tres áreas físicas (adultos, pediátrica y obstétrica) exclusivas para realizar la atención de personas con enfermedad tipo influenza o infección respiratoria aguda.

El área física debe ser exclusiva para la atención de pacientes con enfermedad tipo influenza o infección respiratoria aguda.

Considerar las rutas para el traslado de pacientes desde la sala de aislamiento a otros servicios si fuese necesario.

La distancia entre camas debe ser superior a 1 metro y deben estar separadas por algún tipo de barrera física (biombos o cortinas).

Contar preferiblemente con lavamanos y wc.

Estar provista de pañuelos de papel, jabón o desinfectante y papel desechable para el secado de las manos.

Contar con dos papeleras accionadas a pedal: para los desechos personales del paciente y para los desechos biopeligrosos. Así mismo, un recipiente para la colocación y desinfección de los lentes.

Colocar en la puerta de la sala/habitación un cartel señalando: PRECAUCION, ACCESO RESTRINGIDO O SOLO PERSONAL AUTORIZADO y un cartel explicativo sobre las normas a cumplir.

Colocar en la entrada de la sala/habitación un formulario para registrar los datos de todas las personas que entren a la habitación: nombres y apellidos, categoría, es decir el cargo si es personal de planta o visitante, fecha y hora de entrada y dirección, con la finalidad de mantener información disponible si fuese necesario realizar una investigación epidemiológica.

Colocar un carro fuera de la habitación equipado con el EPP. Es necesario designar un responsable que reponga el EPP permanentemente.

Disponer de una lista de chequeo que sirva de guía para que el personal de salud se coloque y se retire el EPP.

Eliminar de la sala/habitación el mobiliario no esencial.

La puerta del área debe permanecer cerrada

Colocar en la puerta un cartel explicativo sobre las normas a cumplir

Fuera de las habitaciones debe colocarse una papelera para desechos biopeligrosos.

Limpiar y desinfectar la sala/habitación en cada turno de trabajo y cuando sea necesario para prevenir la transmisión de la infección.

D. Tiempo del aislamiento.

El aislamiento hospitalario tanto del caso sospechoso como del caso confirmado debe estar en función de la situación clínica del paciente. Si el resultado de la investigación biológica es negativa, el paciente dejará de estar en la categoría de sospechoso de influenza A H1N1 y el tiempo de aislamiento dependerá de la nueva categoría en que quede catalogado de acuerdo al criterio clínico. Si el resultado es positivo, el tiempo del aislamiento se determinará en consideración al cuadro clínico y al tiempo efectivo de antivirales (no menor a 7 días).

Según el Centro de Control de Enfermedades Infecciosas (CDC), las personas con Influenza AH1N1 se consideran potencialmente infecciosas desde el día 1 hasta el día 7, a partir del día de inicio de la enfermedad. Aquellas personas que continúan enfermas por más de 7 días, pueden transmitir el virus hasta que los síntomas se resuelven. En los niños, especialmente los más pequeños, el período de transmisibilidad puede ser por un lapso de tiempo más prolongado.

E. Atención de pacientes sospechosos y confirmados por influenza A H1N1 en el área de aislamiento

Ingresar al paciente en la sala, instruyéndolo sobre el uso de la mascarilla y el lavado de las manos.

Facilitar información al paciente y acompañante sobre las normas de aislamiento

Reducir al mínimo las pertenencias personales del paciente.

Mantener al alcance del paciente todos los utensilios que sean necesarios para la higiene personal (pañuelos de papel, vaso de agua y otros).

Asignar al paciente el siguiente equipamiento: termómetro, estetoscopio, y esfigmomanómetro los cuales se dejarán dentro de la habitación. En el caso que fuese necesario utilizar los dos últimos equipos con los demás pacientes de la sala/habitación, deben limpiarse y desinfectarse antes de ser utilizados con otros pacientes.

Cambiar la ropa del paciente y de la cama con la frecuencia necesaria, no sacudirla y depositarla en bolsas de plástico dentro de la habitación; la bolsa debe salir cerrada. Si la ropa no es desechable, enviarla a la lavandería del hospital garantizando el lavado a más de 60°.

Enviar la vajilla al sistema habitual de lavado del hospital, separada de la vajilla de los demás pacientes para garantizar la desinfección con cloro a 1000 ppm. También, puede sustituirse por vajilla descartable, manejada de acuerdo al protocolo de desechos hospitalarios.

El paciente debe utilizar la mascarilla permanentemente durante su permanencia en la habitación, así como, durante el traslado a otros servicios.

Todo trabajador de salud que ingrese al servicio de aislamiento debe utilizar el equipo de protección personal.

El personal de salud debe evitar el contacto de las manos con la cara mientras se esté atendiendo al paciente.

El personal de salud debe asegurarse de llevar todo el material que vaya a ser utilizado en el interior de la habitación para evitar entradas y salidas innecesarias.

F. Salida del paciente de la sala/habitación de aislamiento

La salida del paciente de la sala/habitación de aislamiento debe limitarse a las estrictamente necesarias. Si requiere estudios o exámenes que ameriten el traslado a otro servicio o unidad, debe realizarse de acuerdo a los siguientes procedimientos:

1. Notificar previamente a la unidad de destino sobre el traslado del paciente para que el personal que lo atiende adopte el EPP.
2. Asegurarse que el paciente lleve puesta la mascarilla quirúrgica.
3. Limpiar y desinfectar con cloro a 1.000 ppm las superficies que se hayan contaminado.

IV. EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

4.1. Definición: el equipo de protección personal (EPP) se define como un conjunto de aditamentos de uso individual, que se utilizan con la finalidad de prevenir la propagación de la enfermedad en las áreas no contaminadas e impedir la contaminación y la infección de los trabajadores de salud y visitantes en las áreas infectadas.

La efectividad del EPP depende de los suministros adecuados y regulares, la capacitación del personal, la higiene correcta de las manos y particularmente del comportamiento adecuado de las personas

4.2. Kit de Protección Personal: de acuerdo a lo planteado por la OMS, el equipo de protección personal consta de: bata, protector respiratorio, lentes o

visor, guantes, gorro y cubrebotas. Para la utilización adecuada del referido equipo es fundamental capacitar al personal de salud e instruir a los pacientes, familiares y acompañantes en el manejo del mismo.

A. Bata

La bata está especialmente indicada para proteger la piel descubierta y prevenir el manchado de la ropa durante los procedimientos de atención al paciente. Debe ser de manga larga y cuando se prevea que se puedan originar salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, se recomienda impermeabilizada, como la quirúrgica. Al colocarse la bata se debe:

- ❖ cubrir todo el torso desde el cuello hasta las rodillas y los brazos hasta la muñeca.
- ❖ atarse por detrás a la altura del cuello, la espalda y la cintura.

B. Protector Respiratorio

La mascarilla quirúrgica tiene una acción protectora para la salud en caso de exposición a los patógenos que se transmiten por las gotitas de Pflügge (de tamaño superior a 5 micras). Así mismo, evita que se disemine la infección, ya que impide la contaminación del ambiente al retener y filtrar las gotas que contienen microorganismos expulsados al respirar, hablar, estornudar y toser. Según los datos disponibles, los virus de la gripe se transmiten fundamentalmente por exposición respiratoria o partículas gruesas (5 μm)

Sin embargo, a fin de descartar definitivamente la transmisión de pequeñas partículas a una distancia mayor de 1 metro, se recomienda la utilización de la mascarilla con certificación N/95 del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos, la cual filtra el aire inhalado, protegiendo al personal que lo porta de la infección por patógenos que se transmiten por aerosoles de pequeño tamaño (<5 micras). La mascarilla debe colocarse:

- ❖ asegurando las cintas o bandas elásticas en la mitad de la cabeza y en el cuello.
- ❖ ajustando la banda flexible en el puente de la nariz
- ❖ acomodándola en la cara y por debajo del mentón
- ❖ verificando el ajuste del respirador

La utilización de la mascarilla quirúrgica o con certificación N/95 se considera obligatoria y debe ser utilizada por los casos sospechosos o confirmados de gripe pandémica, por el personal de salud en contacto con casos sospechosos o confirmados que trabajen dentro de un radio de un metro de distancia del paciente potencialmente infeccioso de gripe pandémica, el paciente y el familiar o acompañante.

C. Lentes o visor

El uso de lentes o visor se debe hacer cuando se sospeche que pueden producirse salpicaduras de sangre, secreciones corporales o excreciones. Deben colocarse sobre la cara y ojos, ajustándolos.

D. Guantes

El personal de salud debe utilizar guantes para proporcionar una barrera de protección adicional, con el fin de reducir la potencial transferencia de microorganismos desde los pacientes infectados, a través del contacto de las manos con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y membranas mucosas. El uso de los guantes, los cuales no requieren ser estériles, no deben ser sustituidos por el lavado de las manos, ni rehusados, ni lavados. Al colocárselos debe asegurarse que cubran el puño de la bata.

E. Gorro

El gorro debe ser utilizado para proteger el cabello de aerosoles, salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales; debe colocarse tratando de cubrir la mayor parte de la cabeza y el cabello.

F. Cubrebotas

Las botas quirúrgicas deben ser utilizadas para proteger el calzado y los pies de salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales; deben colocarse tratando de cubrir la mayor parte del calzado.

El equipo de protección personal debe ser utilizado por:

- ❖ El personal de salud que atienda a los casos sospechosos y confirmados y por aquellas personas que trabajan en situaciones en las que pueda producirse contacto con sangre, secreciones corporales o excreciones.
- ❖ El personal de laboratorio y de nutrición y dietética que tenga contacto con los pacientes.
- ❖ El personal de limpieza, lavandería y mantenimiento que tenga contacto con el paciente o con restos de sangre, secreciones corporales o excreciones.
- ❖ Los familiares y acompañantes que participen en el cuidado de los pacientes.

4.3. Colocación del equipo de protección personal

La atención de pacientes sospechosos y confirmados de Influenza A H1N1, debe realizarse utilizando el EPP. Dicho equipo debe colocarse siguiendo el siguiente procedimiento:

1. Primero las botas
2. Segundo la bata
3. Tercero la mascarilla
4. Cuarto los lentes de protección ocular
5. Quinto el gorro
6. Sexto los guantes

4.4. Remoción del equipo de protección personal

El retiro del EPP debe realizarse siguiendo el siguiente procedimiento:

1. Primero, retirar los guantes y desecharlos en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
2. Segundo, retirar la bata y desecharla en el recipiente de desechos ubicado en la habitación
3. Tercero, retirar el gorro y desecharlo en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
4. Cuarto, retirar los lentes y desecharlos en el recipiente de desechos ubicado en la habitación. Si los lentes no son desechables se colocarán en un contenedor ubicado en la habitación sólo para ese uso, para la posterior limpieza y desinfección.
5. Quinto, retirar las botas y desecharlo en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
6. Sexto, retirar la mascarilla, sin tocar la parte delantera de la misma y desecharla en un recipiente de desechos ubicado fuera de la habitación.

Una vez retirado el EPP debe lavarse las manos con agua y jabón durante 15 segundos y secarse con papel desechable. Este procedimiento debe realizarse fuera de la habitación.

V. MEDIDAS SOBRE LAS VISITAS Y ACOMPAÑANTES.

- 1 Las visitas deben restringirse al máximo para reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad.
- 2 Si fuese imprescindible la visita a un caso sospechoso o confirmado de influenza A H1N1, se deben cumplir estrictamente las medidas de control de infección: utilizar EPP, lavado de manos y vigilar la aparición de fiebre u otros síntomas en los siete días siguientes después de haber tenido contacto con el paciente.

VI. PROTOCOLO DE HIGIENE RESPIRATORIA Y MANEJO DE LA TOS

El personal de salud, familiares y acompañantes deben cumplir estrictamente el protocolo de higiene respiratoria y el manejo de la tos de acuerdo a los siguientes procedimientos:

- 1 Cubrirse la boca y la nariz con pañuelos de papel antes de toser o estornudar y tirarlos a la basura.
- 2 Lavarse correctamente las manos con agua y jabón o utilizar solución alcohólica antes y después del contacto directo con casos sospechosos o confirmados de gripe o tras el contacto con los artículos personales del entorno inmediato al paciente.
- 3 Cuando las manos estén contaminadas deben lavarse con suficiente jabón o antiséptico durante al menos 10-15 segundos.
- 4 Cuando alguna zona de la piel haya sido contaminada con sangre, fluidos corporales o excreciones, debe lavarse lo antes posible, minuciosamente con jabón y agua.

VII. LIMPIEZA, DESINFECCIÓN, RECICLAJE DE MATERIAL Y MANEJO DE DESECHOS PELIGROSOS

El virus de la gripe es altamente susceptible a desinfectantes, como hipoclorito sódico (lejía) y derivados aldehídicos. La concentración recomendada para la desinfección de superficies es:

DESINFECTANTES	CONCENTRACIÓN	INDICACIÓN
1. Derivados clorados Hipoclorito sódico (lejía) de 50 g. de cloro activo de 40 g. de cloro activo	Disolución (0,1%) – (1.000 ppm) Añadir 20 cc de lejía a 1.000 cc de agua. Añadir 25 cc de lejía a 1.000 cc de agua.	Superficies, suelos, lavamanos y wc.
2. Derivados Aldehídicos Asociación de aldehídos	0,5% (según ficha técnica del fabricante)	Superficies, suelos, lavamanos y wc.

El personal de saneamiento ambiental debe cumplir la limpieza y desinfección de acuerdo a los siguientes procedimientos:

1. El personal de limpieza, así como, todo el que manipule residuos procedentes de los servicios debe utilizar el EPP.

2. El material de limpieza debe ser exclusivo para las áreas donde se atiendan pacientes sospechosos o confirmados y debe guardarse en un lugar específico cerca de la habitación, destinado a ese material.
3. La limpieza y desinfección del material no desechable se realizará de acuerdo al procedimiento estándar.
4. El material desechable procedente de la sala/habitación de aislamiento para casos sospechosos y casos confirmados debe recogerse en bolsas o contenedores adecuados, teniendo cuidado de no contaminar la parte exterior de la bolsa. En caso contrario, se precisará el uso de dos bolsas superpuestas. Estas bolsas se deberán etiquetar, indicando el contenido de la misma, las alertas y advertencias sobre los riesgos científicamente comprobados para la salud y el ambiente y tratarlas con las medidas de protección recomendadas como corresponde. En este sentido, debe procederse de acuerdo con lo dispuesto en la LEY SOBRE SUSTANCIAS MATERIALES Y DESECHOS PELIGROSOS publicada en la Gaceta Oficial N° 5.554 extraordinaria de fecha 13 de noviembre de 2001.

VIII. AISLAMIENTO DOMICILIARIO.

Aquellos pacientes que requieran tratamiento antiviral ambulatorio deben cumplir las siguientes recomendaciones:

1. Cumplir aislamiento domiciliario estricto por 7 días o hasta que se encuentre libre de síntomas por al menos 24 horas.
2. Cubrir la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar.
3. Permanecer en una misma habitación
4. Utilizar la mascarilla quirúrgica cuando vaya a mantener contacto con otra persona, la cual debe cambiar mínimo dos veces al día o cuando se humedezca.
5. Monitorear la temperatura corporal dos veces al día y vigilar la presencia de síntomas respiratorios.
6. No recibir visitas.
7. Lavar con jabón detergente y agua caliente los utensilios personales y no compartarlos con otras personas.
8. Limpiar las superficies contaminadas con fluidos corporales con un desinfectante, como lejía (1.000 ppm) utilizando guantes.

9. Eliminar las toallas de papel, pañuelos de papel, mascarillas y otros en el recipiente de basura de la casa; la bolsa debe cerrarse correctamente antes de depositarla en los contenedores externos.
10. Vigilar signos de alarma (según flujogramas de manejo de casos, anexos); en caso que se presenten acudir al hospital.

IX. CONTACTO

Se denomina contacto aquella persona que interactúa de forma directa (que ha estado en un ambiente donde había alta probabilidad de contacto con secreciones o aerosoles respiratorios ó a una distancia menor de 2 metros) con un caso confirmado de infección por influenza A H1N1.

X. MANEJO DE CADÁVERES.

El manejo de cadáveres debe ser realizado por el personal de salud de acuerdo a los siguientes lineamientos:

- 1 Valorar la sensibilidad cultural y religiosa.
- 2 El manejo de cadáveres debe realizarse utilizando el EPP.
- 3 El cuerpo debe ser completamente sellado en una bolsa impermeable para cadáveres antes de ser retirado de la sala/área de aislamiento/unidad de cuidados intensivos para ser llevado a la morgue o unidad de anatomía patológica. Este procedimiento debe cumplirse con la finalidad de evitar el escape de fluidos corporales; así mismo, debe garantizarse que la parte exterior de la bolsa esté limpia.
- 4 El traslado a la funeraria debe hacerse lo más rápido posible después de la muerte.
- 5 Si el paciente no recibió tratamiento antiviral, una vez fallecido se considera contagioso por un periodo de 12 horas. En el caso que el paciente haya recibido tratamiento por un periodo mayor de 24 horas no se considera contagioso.
- 6 Si la familia desea ver el cuerpo, pueden solicitar hacerlo. Sin embargo, se recomienda mantener el ataúd herméticamente cerrado.
- 7 Cuando el fallecimiento se produzca en el propio hogar, se facilitará información y apoyo tanto material como profesional a los familiares para cumplir las precauciones previstas.
- 8 En los casos que se considere necesario confirmar el diagnóstico mediante examen post mortem, se extremarán las precauciones cuando el deceso haya ocurrido durante el período de transmisibilidad, especialmente ante la exposición de tejido pulmonar. Ante esta situación, la OMS recomienda que el personal de salud utilice el EPP completo, así como, la adopción de medidas

para evitar la producción de aerosoles. Así mismo, una vez retirado el EPP, debe realizarse la higiene de las manos

- 9 Se deben desinfectar (con cloro a 1.000 ppm), las pertenencias y objetos que hayan estado en contacto con el paciente (cama, mesa, muebles, piso, baño y otros).
- 10 La ropa del fallecido debe ser desechada.
- 11 Se debe instruir al personal del servicio funerario sobre las medidas a seguir.

5.2. PARTICIPACIÓN CIUDADANA ANTE SITUACIONES DE ALERTA

Para el abordaje del problema de la Influenza A/H1N1, la participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de calidad de vida y prevención de la enfermedad.

La Participación Comunitaria implica coordinación, diálogo, comunicación, intercambio, integración, suma de esfuerzos, trabajo conjunto, decisiones integrales, en la búsqueda permanente de mejorar la calidad de salud y vida.

Se requiere que los ciudadanos asuman un rol protagónico en la gestión pública, esto permite indicar que democratizar los servicios de salud es asegurar que se conviertan en instancias para la participación, en función de ejercer el poder compartido con el Estado, donde cada quien resguarde su espacio y naturaleza para cumplir con los intereses de la comunidad.

La Carta de Ottawa pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud.

El concepto de empoderamiento para la salud de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa. En este concepto, una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas.

Para el desarrollo de cualquier estrategia de prevención es fundamental la participación de las comunidades bien informadas.

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas, no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad, constituye un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto con la participación activa y protagónica de la comunidad, los gobiernos en sus distintos niveles, así como por el personal sanitario antes de que

aparezca una determinada patología, conformándose como el modelo ideal de los sistemas de salud basados en atención primaria integral.

La prevención primaria comprende:

- La difusión masiva de información veraz de sobre enfermedad. Implica la realización de talleres, participación en mesas técnicas, publicaciones oficiales por todos los medios posibles sobre la situación real del problema.
- La protección de la salud con acciones como la sanidad ambiental y la higiene alimentaría. Desarrollo de actividades de promoción y protección de la salud que inciden sobre el medio ambiente, que no las ejecuta el médico ni la enfermera, sino otros profesionales de la salud pública y las comunidades informadas y empoderadas de los procesos sanitarios.

Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, desarrollo de las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

La educación para la salud incluye, no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos ante riesgo, además del uso oportuno y adecuado del sistema de asistencia sanitario.

La prevención secundaria también se denomina diagnóstico precoz, cribado o screening.

Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada mediante un tratamiento eficaz o curativo.

La prevención terciaria es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad, para así evitar su contagio a otros miembros de la comunidad.

Su mayor impacto consiste en aplicar y garantizar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos síntomas determinados. El restablecimiento de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

También se habla de de prevención terciaria, cuando un individuo o una comunidad, en base a las experiencias, por haber sufrido anteriormente una enfermedad o contagio, evita las causas iniciales de aquella enfermedad, en otras palabras evita un nuevo contagio basado en las experiencias previamente adquiridas.

Acciones a seguir para el abordaje del problema:

1. Establecimiento de mesas técnicas por Área de Salud Integral Comunitaria con participación de voceros de comités de salud y consejos comunales.
2. Elaboración de ficha de reporte para uso comunitario de casos sospechosos.
3. Elaboración de manuales de información para su distribución en las comunidades por los voceros de comités de salud y consejos comunales.
4. Elaboración y publicación de flujogramas con información de teléfonos y personas contacto en los estados para el reporte de casos que por clínica o relación epidemiológica se reporten como sospechosos.
5. Realización de reuniones periódicas con participación de todos los miembros de mesas técnicas del área de salud integral comunitaria para actualización de información.

5.3 TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES

Los estudios publicados referentes a influenza estacional, demuestran que el tratamiento tiene mayor efectividad si se administra en las primeras 48 horas tras el inicio de los síntomas, con una reducción del promedio del curso de la enfermedad de cinco a tres días, si se usa en las primeras 12 horas. No obstante ofrece beneficios en cuanto a disminución de la mortalidad o duración de la hospitalización, si se administra posterior a este lapso.

El nuevo subtipo del virus influenza A/H1N1 es sensible a antivirales como el Oseltamivir y Zanamivir, siendo el primero el agente de elección por la mayor experiencia en su empleo en la influenza estacional y por la forma de administración vía oral, sin embargo debe considerarse el uso del Zanamivir en poblaciones como embarazadas, niños mayores de 5 años y pacientes con insuficiencia renal

1. CRITERIOS PARA INDICACION DE TRATAMIENTO ANTIVIRAL

- Casos de IRAG
- Casos sospechosos o confirmados de Nueva Influenza A H₁N₁ con presencia de co-morbilidad²
- Caso sospechoso de influenza procedente de país afectado o de un estado venezolano con trasmisión comunitaria sostenida
- Casos sospechosos en embarazadas
- Casos sospechosos en áreas geográficas no afectadas

² Afecciones crónicas del sistema pulmonar y cardiovascular (cardiopatía, asma, EPOC, enfermedad fibroquística e hipertensión pulmonar), diabetes, insuficiencia renal, malnutrición, inmuno-supresión (VIH, transplantados, oncológicos y medicamentosa), niños y adolescentes que tengan terapia prolongada con salicilados, hemoglobinopatías.

- Todos los casos sospechosos ó confirmados en poblaciones en situación especial de vulnerabilidad étnica (comunidad indígena) independientemente de su estado de gravedad.
- Caso sospechoso de influenza en niños menores a 2 años

Todo paciente que comience tratamiento antiviral, debe culminar el mismo en su totalidad, independientemente del resultado de la prueba para evitar las probabilidades de desarrollo de resistencia antiviral.

2. DOSIS: Las dosis actualmente recomendadas para el tratamiento con **Oseltamivir (Tamiflu®)** son:

Adultos: 1 capsula de 75 miligramos (mg) dos veces al día durante cinco días	
Niños de 1 o más años de edad (dosis ajustada por peso)	
Menos de 15 kg	30 mg dos veces al día
15 a 23 kg	45 mg dos veces al día
23 a 40 kg	60 mg dos veces al día
Más de 40 kg	75 mg dos veces al día
Niños menores de 1 año: 2 mg/kg de peso en dos dosis diarias	

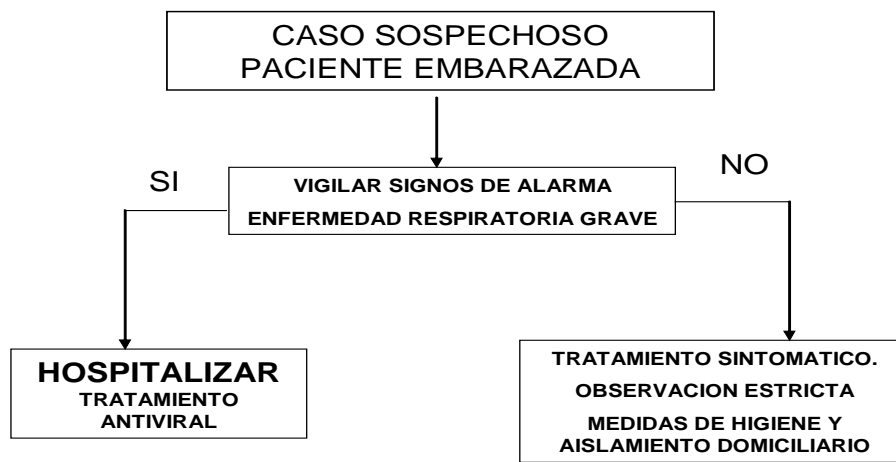
Algunas consideraciones en relación al tratamiento Antiviral

Basado en la situación de emergencia ante la pandemia de influenza A/H1N1 y las recomendaciones de la OMS sobre los medicamentos a utilizar en el tratamiento/profilaxis de casos, considerando que hay la existencia de Oseltamivir en capsulas de 75 mg. en el país y la necesidad de dar respuesta a los posibles casos que pudieran presentarse en población con peso menor a 40 Kg, se toma en cuenta las recomendaciones del fabricante en la preparación extemporánea de una suspensión a partir de las capsulas según las instrucciones siguientes:

- Limpieza de manos previo a la preparación.
- La preparación debe hacerse al momento de administrar el medicamento con cada dosis (USO INMEDIATO – “no guarde para una próxima dosis”).
- Abrir una capsula de 75mg de Oseltamivir y diluir el contenido de la misma en 5cc de agua potable a temperatura ambiente en un recipiente de vidrio (taza o vaso)
- Agitar durante dos minutos.
- Retire la cantidad a utilizar con una jeringa o un vasito dosificador calibrado, la dosis correspondiente de acuerdo al peso descrito en la tabla siguiente.

Peso del paciente	Volumen de la solución de Oseltamivir a administrar	Dosis de Oseltamivir requerida
≤ a 15 Kg	2,0 ml	30 mg
> 15 – 23 Kg	3,0 ml	45 mg
> 23 – 40 Kg	4,0 ml	60 mg

**RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO
CON ANTIVIRALES AL 30/4/2009 EN CASOS DE
INFLUENZA A H1N1 PARA GESTANTES**



Los medicamentos Oseltamivir, Zanamivir, Amantadina y Rimantadina se consideran "MEDICAMENTOS DE CATEGORIA C" cuando son utilizados durante el embarazo, lo que significa que no se han realizado estudios clínicos para evaluar su inocuidad en mujeres embarazadas. Debido a que se desconocen los efectos de estos medicamentos en las embarazadas y sus fetos, solo deben usarse durante el embarazo **SOLAMENTE SI LOS BENEFICIOS POTENCIALES JUSTIFICAN EL RIESGO PARA EL EMBRION O FETO**. Sin embargo, no se han reportado efectos adversos en mujeres que recibieron Oseltamivir o Zanamivir durante el embarazo o en sus bebés

5.4 QUIMIOPROFILAXIS EN CONTACTOS

Los antivirales (Oseltamivir y Zanamivir) pueden utilizarse en profilaxis y deben administrarse lo más pronto posible (antes de las 48 horas una vez aparecen los síntomas) a los contactos cercanos de los casos probables y confirmados de influenza A/H1N1, dentro de ellos el personal de salud. Con ello se espera disminuir entre 60% y 90% el riesgo de desarrollar influenza. Cuando se le administra a los contactos intradomiciliarios previene el 80% de los casos de influenza, además de disminuir la severidad de los síntomas.

1. CRITERIOS PARA INDICACION DE QUIMIOPROFILAXIS:

- Persona que ha tenido **contacto** con caso confirmado de Nueva Influenza A H₁N₁ y que tiene elevado riesgo de sufrir complicaciones:
 1. Presencia de co-morbilidad
 2. Embarazadas
 3. Caso sospechoso de influenza en niños menores de 2 años

- Trabajador de salud que durante el contacto directo con un caso confirmado de Nueva Influenza A H₁N₁, no haya estado protegido con el Equipo de Protección Personal o lo haya usado inadecuadamente.
- Trabajador de salud en Unidad de Terapia Intensiva con contacto con caso confirmado de Nueva Influenza A H₁N₁.
- Todos los miembros de la comunidad indígena que hayan estado en contacto con el caso sospechoso o confirmado de Nueva Influenza A H₁N₁.

2. DOSIS:

Adultos y adolescentes de 13 años y mas	75 mg una vez al día durante al menos siete días
Niños desde 1 año a 13 años de edad:	Dosis ajustadas por el peso
≤ 15 kgs	30mg dos veces al día
>15 a 23 kgs	45mg dos veces al día
>23 a 40 kgs	60mg dos veces al día
>40 kgs	75mg dos veces al día

En los menores de 1 año: 2 mg/kg peso/dosis, BID.

6. RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

6.1. ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS FRENTE LA NUEVA INFLUENZA (A/H1N1)

NIVEL I: Esta conformado por la red de establecimientos públicos que realizan captación de pacientes sospechosos, no toman muestras ni prescriben tratamiento específico antiviral.

- Módulos de Barrio Adentro I
- Consultorios Populares
- Ambulatorios Rurales I
- Ambulatorios Rurales II
- Ambulatorios Urbanos I
- Ambulatorios Urbanos II
- Centros de Alta Tecnología
- Salas de Rehabilitación Integral

NIVEL II-A: Esta integrado por la red de establecimientos públicos con la capacidad para tomar muestras; hisopado nasal o nasofaríngeo e iniciar tratamiento con antivirales, no realizan manejo clínico de pacientes complicados.

- Centros de Diagnostico Integral
- Clínicas Populares
- Ambulatorios Urbanos III
- Hospital Tipo I
- Hospital Tipo II

NIVEL II-B: Esta integrado por la red de establecimientos públicos de salud con capacidad para tomar muestras, hisopado nasal o nasofaríngeo e iniciar tratamiento antiviral y el manejo de pacientes complicados

- Hospital Tipo III
- Hospital Tipo IV

Los procedimientos para cada uno de los niveles antes descritos están esquematizados en los flujogramas de las páginas siguientes y el tratamiento de las neumonías en menores de 15 años y en adultos, en los Anexos 2 y 3, respectivamente.

En el Anexo 4 se describe el régimen jurídico del control de pacientes en caso de pandemia.

6.2. FLUJOGRAMAS PARA MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES

MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE ADULTO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H₁N₁)

Consultorios Populares, Ambulatorios, Centros Diagnósticos Integrales (CDI), Centros de Atención Integral (CAI), Núcleos de Atención Primaria, Servicios de Triage y Consultorios Médicos de los Hospitales y Clínicas Privadas

Caso Adulto Sospechoso de Influenza A H₁N₁

*Comorbilidad:

Cardiopatías, ACV, Asma, EPOC, Diabetes, Cáncer, Fibrosis quística, Nefropatía, Inmunosupresión (VIH, Medicamentos, etc.)

Crterios de diagnóstico de caso sospechoso de Influenza A (H₁N₁)

1.- Caso Clínico de Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona que cursa con enfermedad de inicio súbito, caracterizada por fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0) cefalea, mialgias y síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta, rinorrea), **en ausencia de otros diagnósticos.**

2.- Caso Clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave: Persona que cursa con enfermedad caracterizada por inicio súbito de fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0), cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (tos y /o dolor de garganta, rinorrea) y que además presenta dificultad respiratoria.

Registro y notificación obligatoria (EPI 10 y EPI 12)

¿Tiene Infección Respiratoria Aguda Grave y/o Co-morbilidad? *

Si

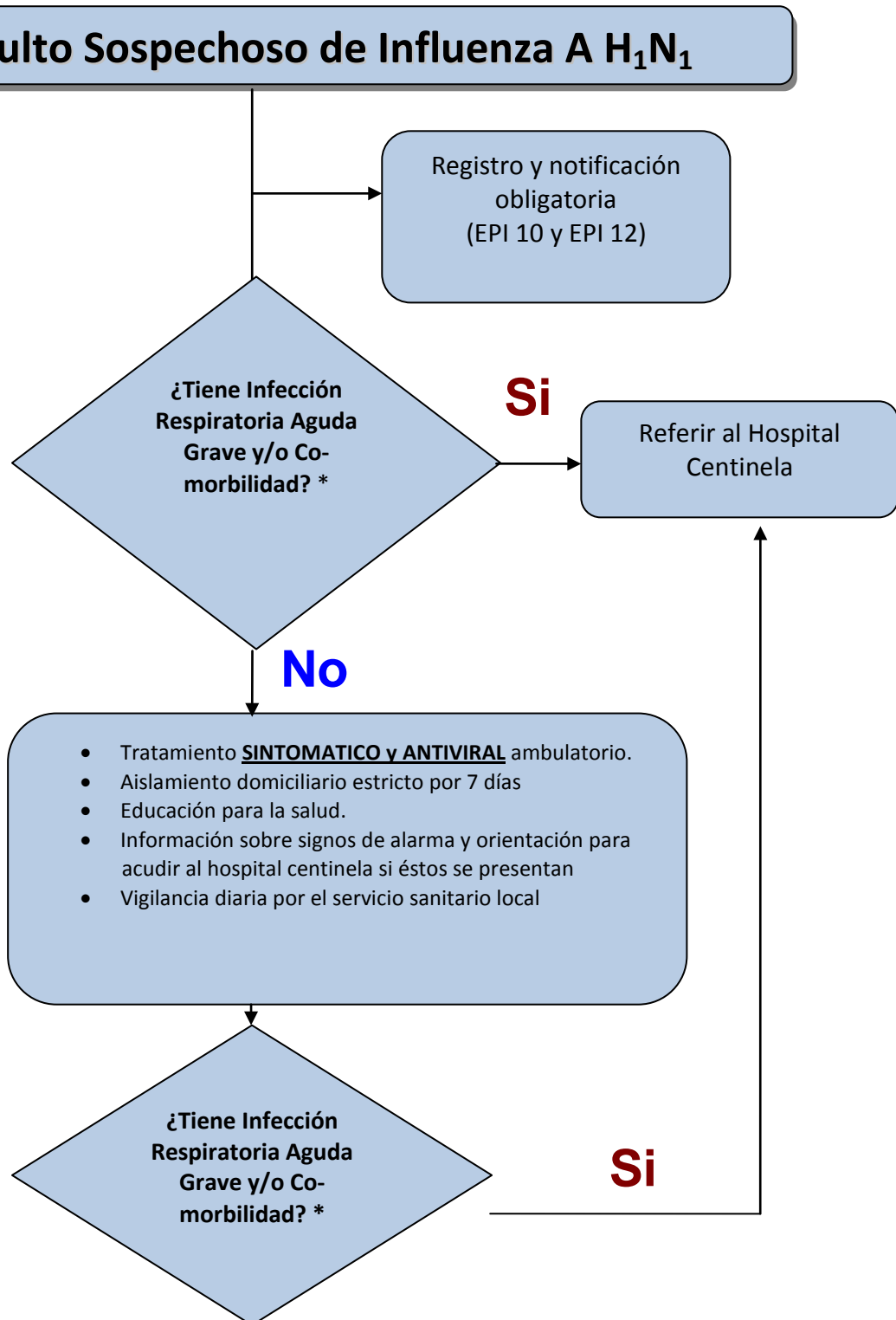
Referir al Hospital Centinela

No

- Tratamiento **SINTOMÁTICO y ANTIVIRAL** ambulatorio.
- Aislamiento domiciliario estricto por 7 días
- Educación para la salud.
- Información sobre signos de alarma y orientación para acudir al hospital centinela si éstos se presentan
- Vigilancia diaria por el servicio sanitario local

¿Tiene Infección Respiratoria Aguda Grave y/o Co-morbilidad? *

Si



MANEJO CLÍNICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA SOSPECHOSA DE INFLUENZA A (H₁N₁)

Consultorios Populares, Ambulatorios, Centros Diagnósticos Integrales (CDI), Centros de Atención Integral (CAI), Núcleos de Atención Primaria, Servicios de Triage y Consultorios Médicos de los Hospitales y Clínicas Privadas

Caso Embarazada Sospechosa de Influenza A H₁N₁

* Comorbilidad:

Cardiopatías, ACV, Asma, EPOC, Diabetes, Cáncer, Fibrosis quística, Nefropatía, Inmunosupresión (VIH, Medicamentos, etc.)

Criterios de diagnóstico de caso sospechoso de Influenza A (H₁N₁)

1.- Caso Clínico de Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona que cursa con enfermedad de inicio súbito, caracterizada por fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0) cefalea, mialgias y síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta, rinorrea), **en ausencia de otros diagnósticos.**

2.- Caso Clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave: Persona que cursa con enfermedad caracterizada por inicio súbito de fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0), cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (tos y /o dolor de garganta, rinorrea) y que además presenta dificultad respiratoria.

Registro y notificación obligatoria (EPI 10 y EPI 12)

¿Tiene Infección Respiratoria Aguda Grave y/o Enfermedad Propia del Embarazo y/o Co-morbilidad? *

Si

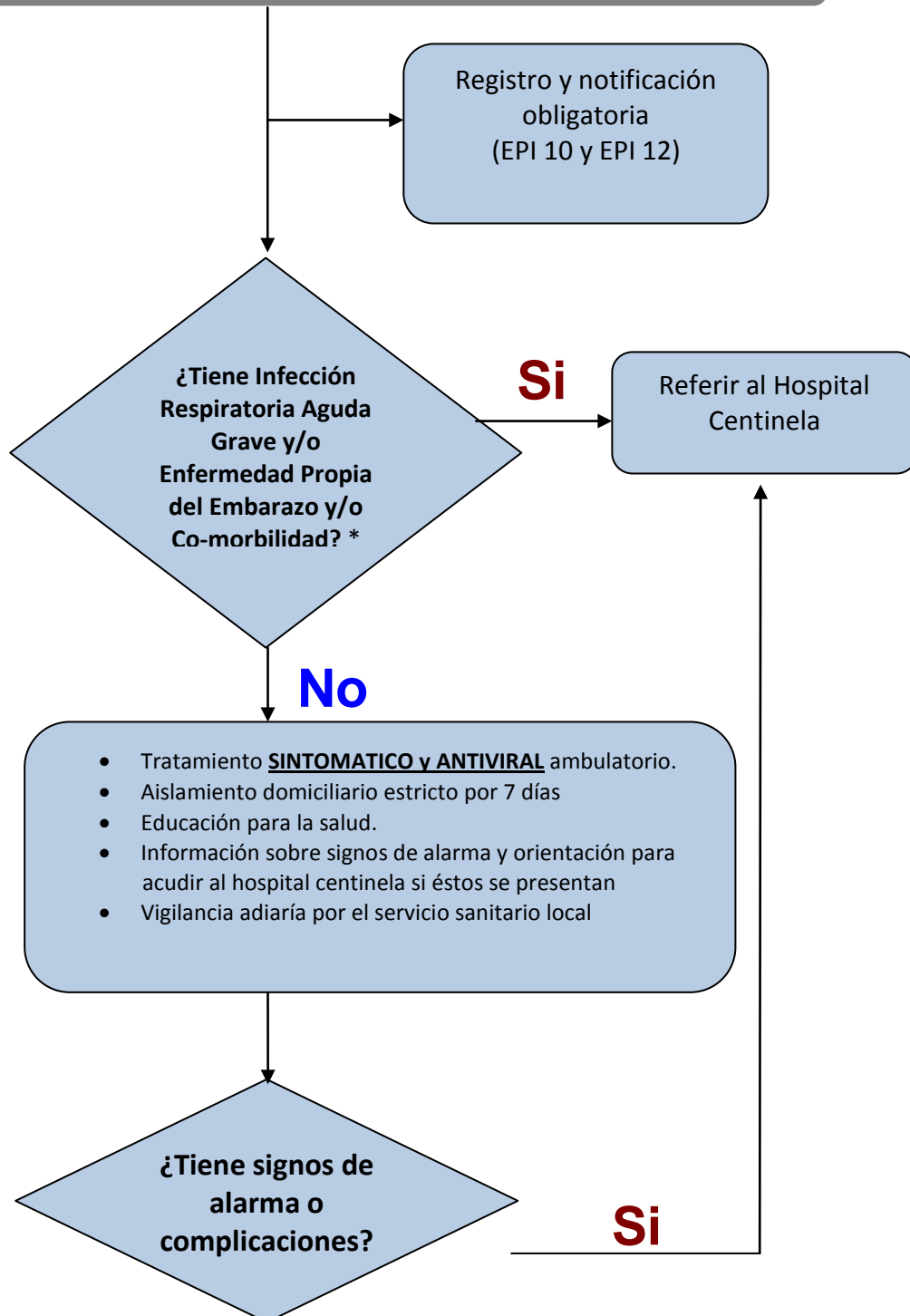
Referir al Hospital Centinela

No

- Tratamiento **SINTOMÁTICO y ANTIVIRAL** ambulatorio.
- Aislamiento domiciliario estricto por 7 días
- Educación para la salud.
- Información sobre signos de alarma y orientación para acudir al hospital centinela si éstos se presentan
- Vigilancia diaria por el servicio sanitario local

¿Tiene signos de alarma o complicaciones?

Si



MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H1N1)
Consultorios Populares, Ambulatorios, Centros Diagnósticos Integrales (CDI), Centros de Atención Integral (CAI), Núcleos de Atención Primaria, Servicios de Triage y Consultorios Médicos de los Hospitales y Clínicas Privadas

Caso Pediátrico Sospechoso de Influenza A H₁N₁

*** Comorbilidad:**
 Cardiopatías, Asma, Diabetes, Cáncer, Fibrosis quística, Nefropatía, Inmunosupresión (VIH, Medicamentos, etc.), Malnutrición, Malformación congénita, Hemato- oncológico

Signos de Alarma:

1. Aumento de la frecuencia respiratoria
2. Tiraje intercostal
3. Aleteo nasal
4. Cianosis

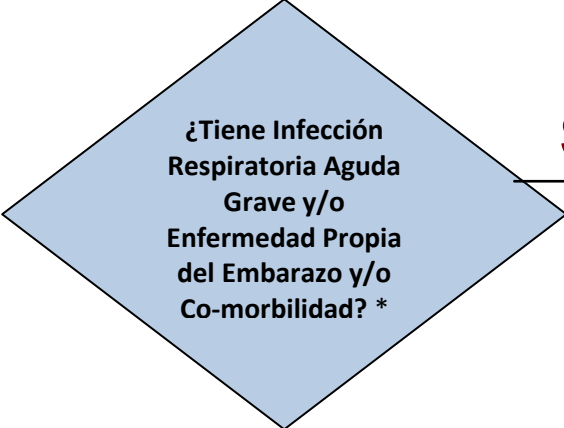
Edad	Frecuencia Respiratoria
Menor de 2 meses	Mayor a 60 respiraciones por minuto
De 2 meses a 11 meses	Mayor a 50 respiraciones por minuto
De 12 meses a 5 años	Mayor de 40 respiraciones por minuto
Mayores de 5 años	Mayor de 20 respiraciones por minuto

Criterios de diagnóstico de caso sospechoso de Influenza A (H₁N₁)

2.- Caso Clínico de Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona que cursa con enfermedad de inicio súbito, caracterizada por fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0), cefalea, mialgias y síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta, rinorrea), **en ausencia de otros diagnósticos.**

1.- Caso Clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave: Persona que cursa con enfermedad caracterizada por inicio súbito de fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0), cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (tos y /o dolor de garganta) y , rinorrea que además presenta dificultad respiratoria

Registro y notificación obligatoria (EPI 10 y EPI 12)



Si

Referir al Hospital Centinela

No

- Tratamiento **SINTOMÁTICO y ANTIVIRAL** ambulatorio.
- Aislamiento domiciliario estricto por 7 días
- Educación para la salud.
- Información sobre signos de alarma y orientación para acudir al hospital centinela si éstos se presentan
- Vigilancia adiaría por el servicio sanitario local



Si

MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE ADULTO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H₁N₁)
Hospitales Centinela y Clínicas Privadas

(Identifica y atiende Casos Sospechosos y Confirmados de Influenza A (H₁N₁), tiene capacidad para manejo de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) o con Co - Morbilidad)

Caso Adulto Sospechoso de Influenza A H₁N₁

* Comorbilidad:

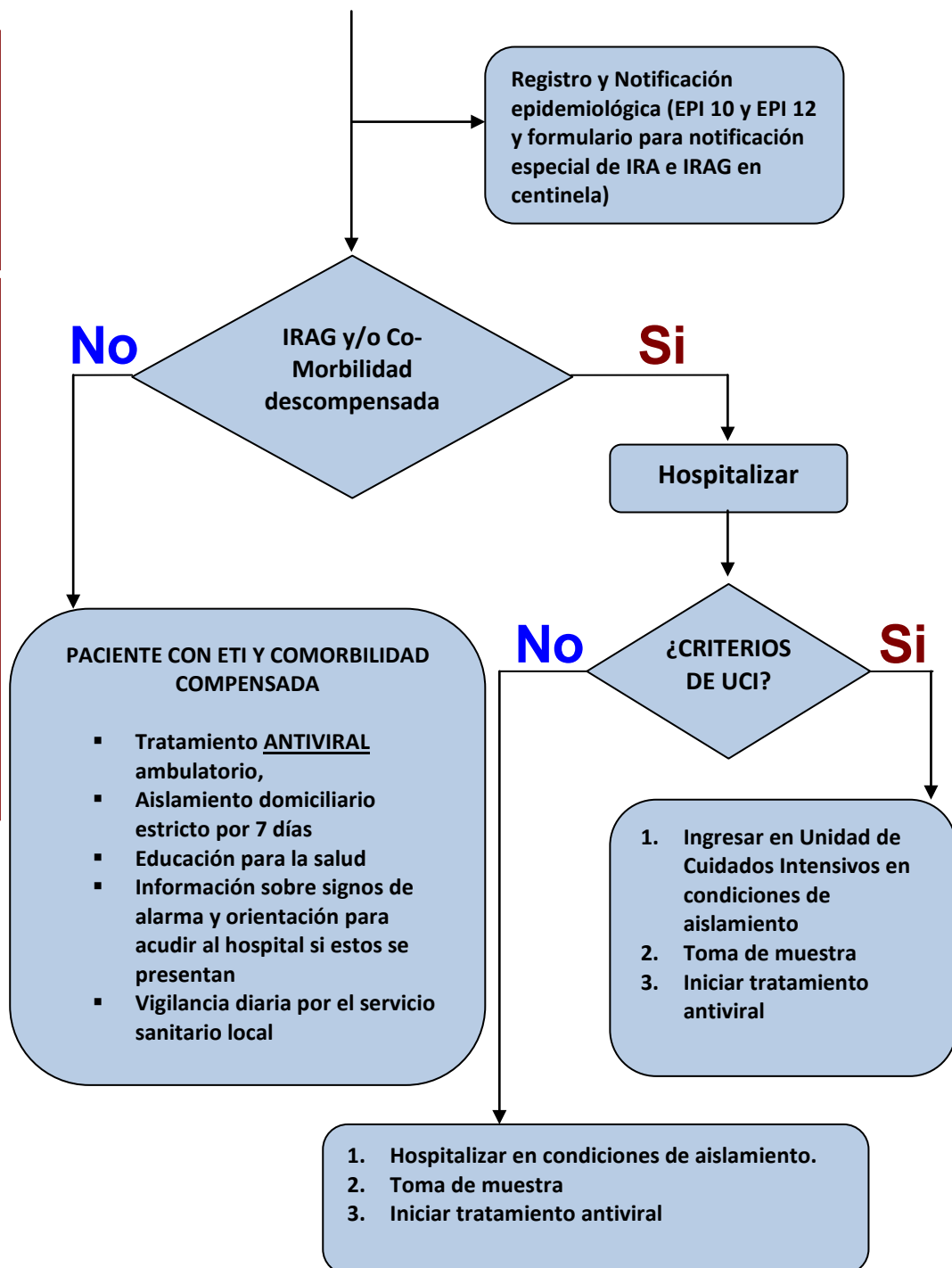
Cardiopatías, ACV, Asma, EPOC, Diabetes, Cáncer, Fibrosis quística, Nefropatía, Inmunosupresión (VIH, Medicamentos, etc.)

Criterios de gravedad para ingreso a UCI:

Frecuencia respiratoria > 30 rpm
 TA: sistólica ≤ 90 mmhg y diastólica ≤ 60 mmhg
 FC ≥ 125 ppm
 Tem < 35°C ó > 40°C

LABORATORIO

Leucocitos < 4.000/L ó > 30.000/L
 PaO₂ < 60 mmhg ó PaCO₂ > 50
 FIO₂ 21%
 PH arterial < 7.35
 Creatinina sérica > 1.2 mg/dl
 Hb < 9 gr/dl
 Hematocrito < 30%
 Rx afectación multilobar



MANEJO CLÍNICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA SOSPECHOSA DE INFLUENZA A (H₁N₁)
 Hospitales Centinela y Clínicas Privadas

(Identifica y atiende Casos Sospechosos y Confirmados de Influenza A (H₁N₁), tiene capacidad para manejo de casos graves o con Co - Morbilidad)

Caso Embarazada Sospechosa de Influenza A H₁N₁

*Comorbilidad:

Cardiopatías, ACV, Asma, EPOC, Diabetes, Cáncer, Fibrosis quística, Nefropatía, Inmunosupresión (VIH, Medicamentos, etc.)

Criterios de gravedad para ingreso a UCI:

Frecuencia respiratoria > 30 rpm
 TA: sistólica ≤ 90 mmhg y diastólica ≤ 60 mmhg
 FC ≥ 125 ppm
 Tem < 35°C ó > 40°C

LABORATORIO

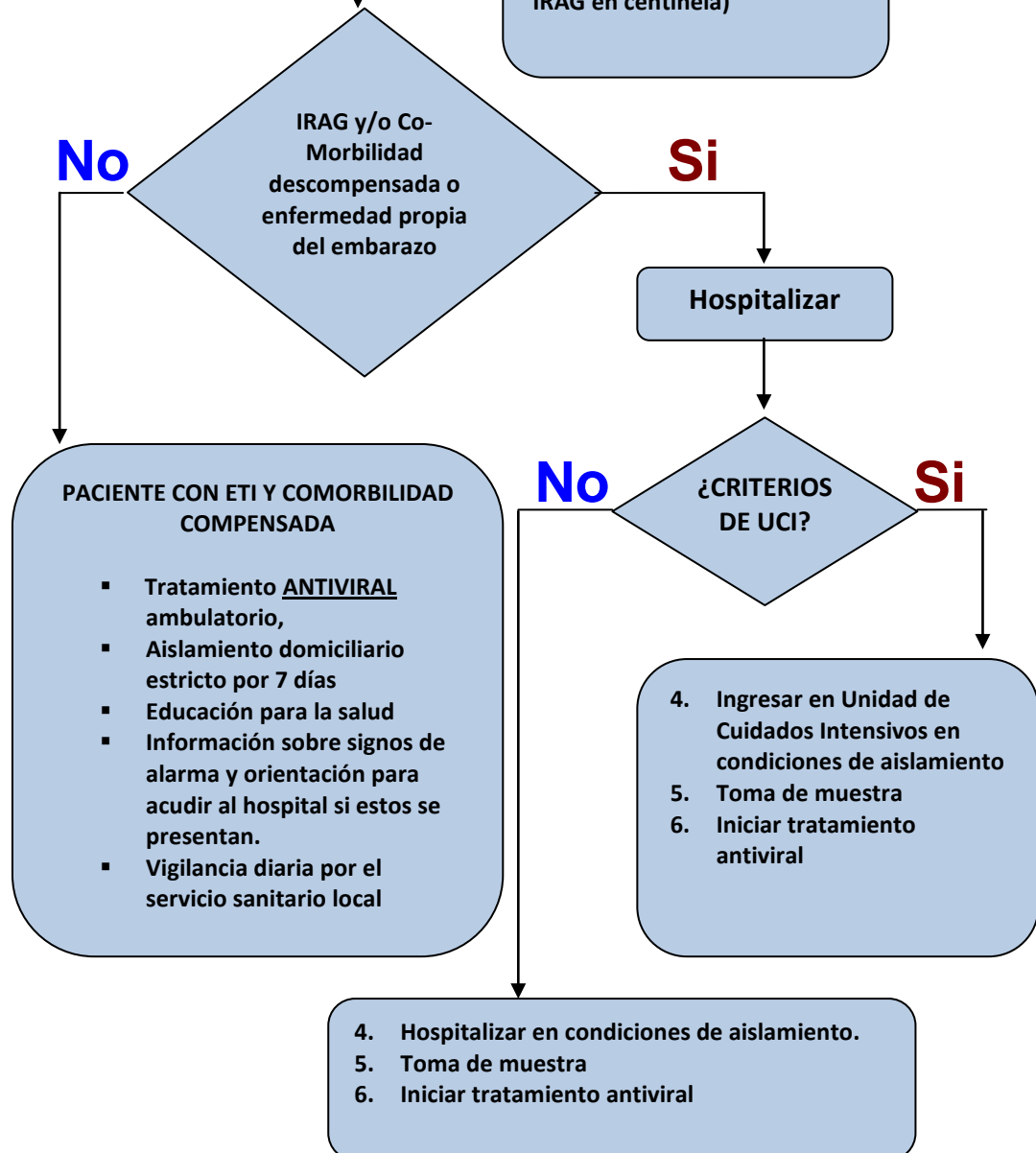
Leucocitos < 4.000/L ó > 30.000/L
 PaO₂ < 60 mmhg ó PaCO₂ > 50
 FIO₂ 21%
 PH arterial < 7.35
 Creatinina sérica > 1.2 mg/dl
 Hb < 9 gr/dl
 Hematocrito < 30%

Rx afectación multilobar

Síndrome Hellp

Eclampsia

Registro y Notificación epidemiológica (EPI 10 y EPI 12 y formulario para notificación especial de IRA e IRAG en centinela)



MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H₁N₁)

Hospitales Centinela y Clínicas Privadas

(Identifica y atiende Casos Sospechosos y Confirmados de Influenza A (H₁N₁), tiene capacidad para manejo de casos graves o con Co - Morbilidad)

Caso Pediátrico Sospechoso de Influenza A H₁N₁

Registro y Notificación epidemiológica (EPI 10 y EPI 12 y formulario para notificación especial de IRA e IRAG en centinela)

*** Comorbilidad:**
 Cardiopatías, Asma, Diabetes, Cáncer, Fibrosis quística, Nefropatía, Inmunosupresión (VIH, Medicamentos, etc.), Malnutrición, Malformación congénita, Hemato-oncológico

Signos de Alarma:

1. Aumento de la frecuencia respiratoria
2. Tiraje intercostal
3. Aleteo nasal
4. Cianosis

Edad	Frecuencia Respiratoria
Menor de 2 meses	Mayor a 60 respiraciones por minuto
De 2 meses a 11 meses	Mayor a 50 respiraciones por minuto
De 12 meses a 5 años	Mayor de 40 respiraciones por minuto
Mayores de 5 años	Mayor de 20 respiraciones por minuto

Criterios de gravedad para ingreso a UCI:

Saturación de O₂ por debajo de 85%
 PH 7.30
 PaO₂ < 80 mmHg
 PaCO₂ > 45 mmHg
 FC < 60 ppm
 TA 2 desviaciones estándar por encima o por debajo de las tablas para su edad.
 Falla orgánica
 Criterios de sepsis
 Patrón radiológico intersticial

No

IRAG y/o Co-Morbilidad descompensada o enfermedad propia del embarazo

Si

Hospitalizar

No

PACIENTE CON ETI Y COMORBILIDAD COMPENSADA

- Tratamiento ANTIVIRAL ambulatorio,
- Aislamiento domiciliario estricto por 7 días
- Educación para la salud
- Información sobre signos de alarma y orientación para acudir al hospital si estos se presentan
- Vigilancia diaria por el servicio sanitario local

Si

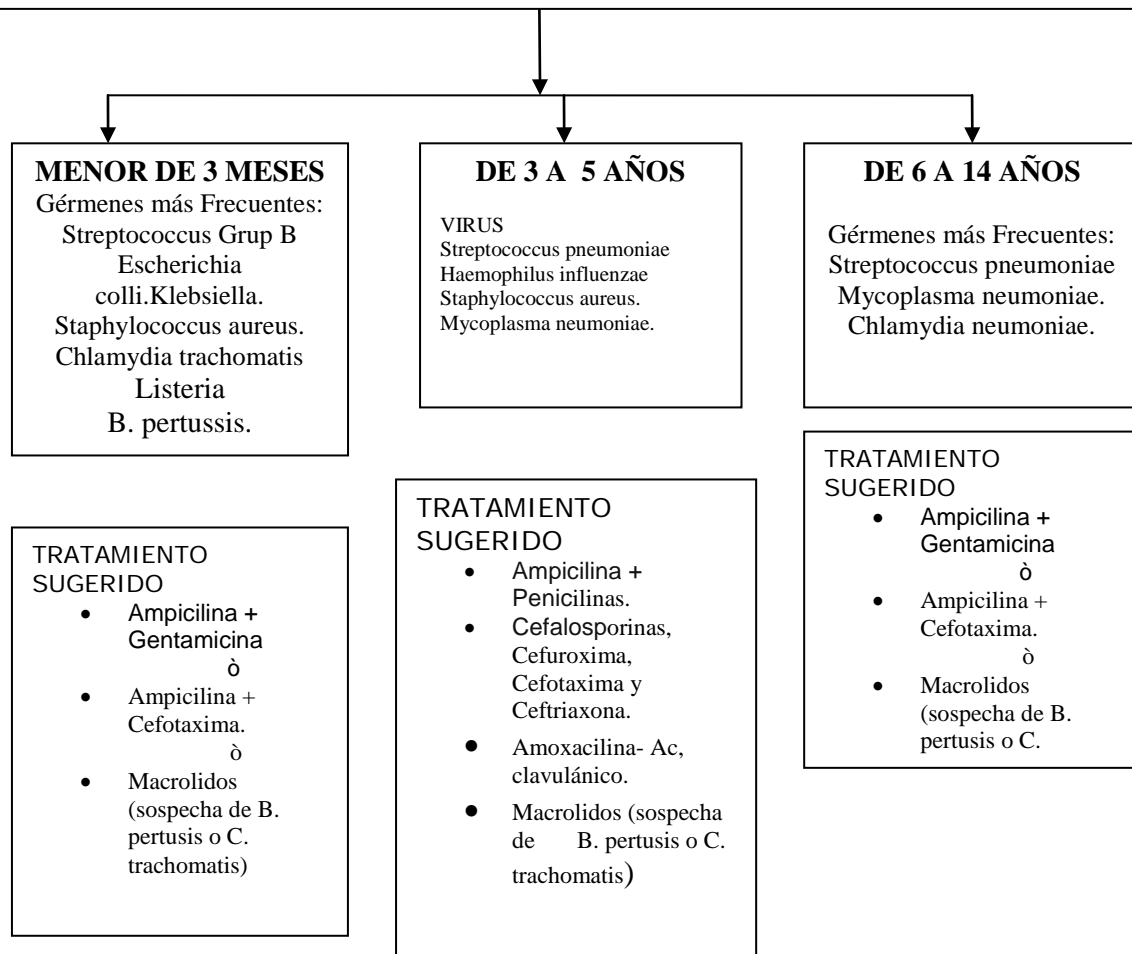
¿CRITERIOS DE UCI?

1. Hospitalizar en Unidad de Cuidados de aislatos
2. Toma de muestra
3. Iniciar tratamiento antiviral

7. Hospitalizar en condiciones de aislamiento.
8. Toma de muestra
9. Iniciar tratamiento antiviral

6.3. RECOMENDACIONES PARA MANEJO HOSPITALARIO DE LA NEUMONÍA

MANEJO HOSPITALARIO DE LA NEUMONIA EN MENORES DE 15 AÑOS



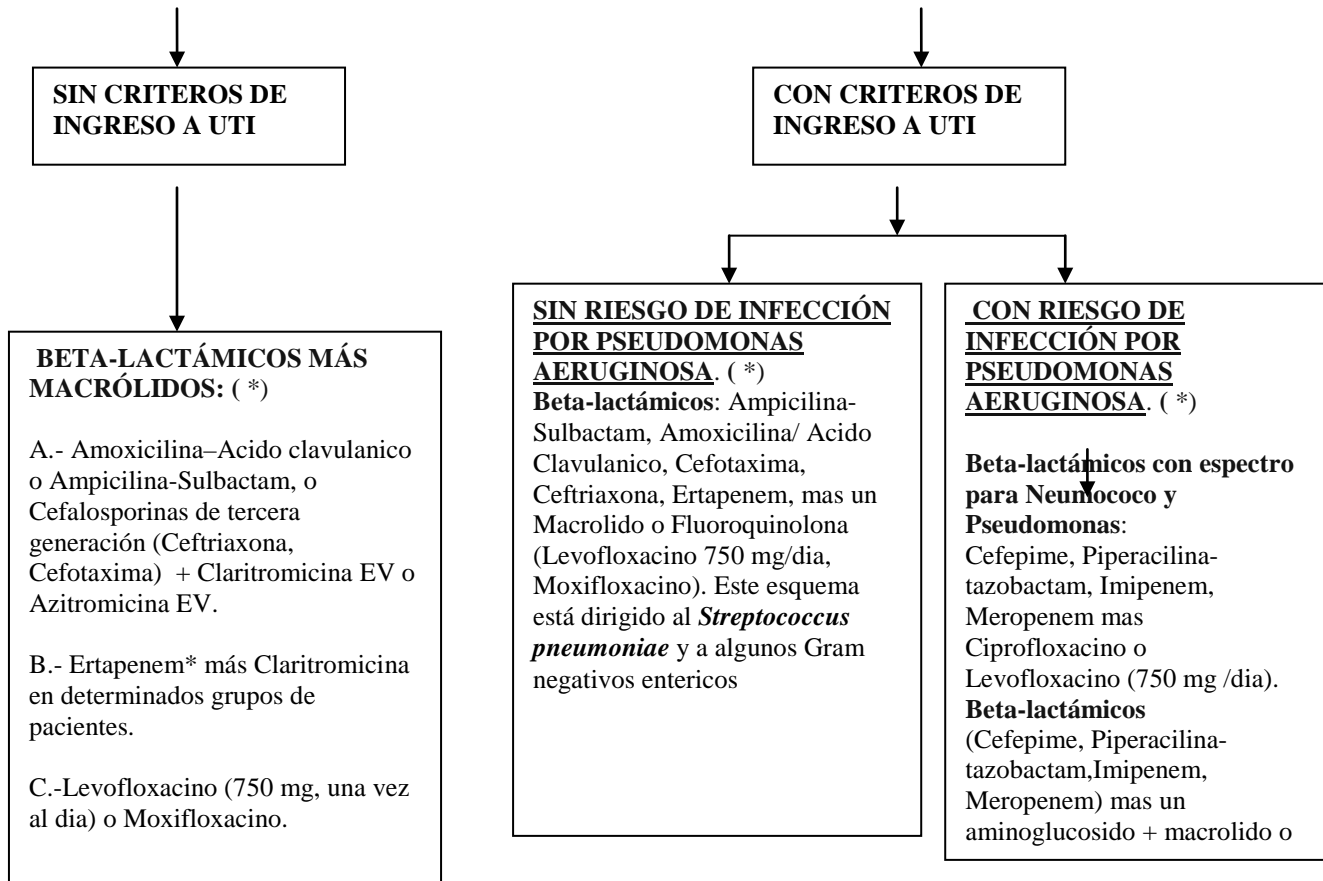
CRITERIOS CLINICOS DE SEVERIDAD:

Temperatura > a 38° C,

FR: > de 70 rxm en menores de 2 años y > 50rxm para mayores de 2 años

Tiraje moderado a severo, cianosis, aleteo nasal, apnea y quejido

MANEJO HOSPITALARIO DE LA NEUMONIA EN ADULTOS



* RECOMENDACIONES DE LA REUNION DE CONSENSO EN PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS. SOCIEDAD VENEZOLANA DE NEUMONOLOGIA Y CIRUGIA TORACICA. 2008

6.4. RECOMENDACIONES EN CUANTO AL AISLAMIENTO HOSPITALARIO:

- Debe seleccionarse un hospital, CDI ó Clínica Popular, por área geográfica que disponga de un mínimo de tres salas/áreas/habitaciones de aislamiento para pacientes adultos, pediátricos y gestantes respectivamente y que además cuente con Unidad de Cuidados Intensivos.
- En condiciones en que la demanda supere la capacidad instalada de los establecimientos antes citados o donde no haya capacidad hospitalaria que cumpla con los requisitos del párrafo anterior, se deberá garantizar un mínimo de tres salas de aislamiento por área geográfica, que podrían estar distribuidas en más de un centro asistencial (CDI, clínicas populares, ambulatorios urbanos tipo III y II u otros).
- Para la atención de gestantes se debe garantizar una sala de partos en el mismo establecimiento

6.5. RECOMENDACIONES PARA POBLACIONES ESPECIALES:

- **Escuelas, guarderías, universidades:**
 - Identificación oportuna de estudiantes y personal enfermos.
 - La persona enferma debe permanecer en casa y buscar atención médica.
 - Enfatizar en la higiene personal y del ambiente como medida de control.
 - El esquema de tratamiento será sujeto a la recomendación de la autoridad de salud.
 - No se recomienda como política universal cerrar la institución; sin embargo, ante la presencia de caso(s) confirmado(s) se analizará cada situación en particular, en conjunto con las autoridades sanitarias y educativas competentes para tomar las medidas pertinentes.
- **Instituciones con personas de confinamiento prolongado: (cárceles, instituciones militares, reformatorios, conventos, geriátricos).**
 - Identificación oportuna del interno y personal enfermos.
 - Aislamiento del caso detectado.
 - El personal administrativo u obrero de estas instituciones, con síntomas deben permanecer en sus hogares y buscar atención médica.
 - Enfatizar en la higiene personal y del ambiente como medida de control.
 - Tratamiento al caso y quimio-profilaxis a los contactos (del mismo pabellón, celda, habitación).
 - Se trasladará al caso con IRAG al centro hospitalario correspondiente
- **Escenarios para el Abordaje de los Centros Penitenciarios con Casos Sospechoso o Confirmados de Influenza A/H1N1.**

PLAN A: TRATAMIENTO MASIVO CON MAXIMAS RESTRICCIONES

- 1- **Tratamiento a todos los casos (sospechosos y confirmados)**
- 2- **Quimioprofilaxis a todos los contactos (incluyendo personal de salud y administrativo) hasta 7 días después del inicio de los síntomas del ultimo caso confirmado**
- 3- **Suspensión de nuevos ingresos de personas privadas de libertad**
- 4- **Suspensión de visita carcelaria y conyugal.(por 10 días)**
- 5- **Suspensión del personal empleado con sintomatología por 10 días.**

PLAN B: TRATAMIENTO A ENFERMOS DE ALTO RIESGO Y RESTRICCIONES PARCIALES.

- 1- **Tratamiento a los casos confirmados.**

- 2- Quimioprofilaxis a los contactos estrechos de los casos positivos en el pabellón hasta 7 días después del inicio de los síntomas del último caso confirmado.**
- 3- Tratamiento a los casos sospechosos con comorbilidad.**
- 4- Quimioprofilaxis a internos con alto riesgo (comorbilidad) contactos de casos sospechosos.**
- 5- Vigilancia de casos nuevos sin comorbilidad para detectar signos de alarma.**
- 6- Suspensión de nuevos ingresos o traslados de personas privadas de libertad**
- 7- Restricción de visitas según criterio del familiar.**