

GRIPE PORCINA

INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), alertó el viernes 24 de abril de 2009 sobre la existencia de varios centenares de casos humanos sospechosos de gripe porcina en México y Estados Unidos, incluyendo unos 60 que resultaron mortales en el país latinoamericano.

En respuesta a estos casos de gripe porcina en México y partes de los Estados Unidos de América, el Director General de la Organización Mundial de la Salud convocó una reunión del Comité de Emergencia para evaluar la situación y asesorar sobre sus respuestas apropiadas. Sobre la base de este dictamen, el Director General ha determinado que la situación actual constituye una emergencia de salud pública de interés internacional, con arreglo a los Estatutos.

SITUACIÓN ACTUAL:

SE HA DECLARADO POR OMS FASE 4 DE PANDEMIA DE INFLUENZA: la decisión se ha basado principalmente en datos epidemiológicos que demuestran la transmisión de persona a persona y la capacidad del virus para causar brotes a escala comunitaria. La OMS ante la presencia generalizada del virus considera que la contención del brote no es viable y que la atención se debería centrar en las medidas de mitigación.

Si bien la OMS no recomienda cierre de fronteras ni restricciones de viajes internacionales aconseja que aquellos que estén enfermos retracen sus viajes pospongan sus viajes internacionales y aquellos con síntomas luego de un viaje internacional realicen la consulta médica pertinente. En la medida que se disponga de mas información la OMS podría regresar a fase 3 o aumentar a otra fase. (fuente OMS 27/04/09)

PRECAUCIONES PARA EL PERSONAL DE SALUD

El personal de salud que atiende pacientes con patologías respiratorias Debe usar equipo de protección individual

Equipo de protección individual

- Deben usarse guantes desechables. Deben cambiarse los guantes si se rompen o se dañan. Hay que quitarse los guantes rápidamente después de su uso, antes de tocar artículos o superficies ambientales no contaminadas y lavarse las manos.
- Debe usarse vestimenta de protección, preferiblemente ropa de recubrimiento camisolines desechables, o batas quirúrgicas de mangas largas ajustadas en las muñecas
- Tapa botas de protección desechables
- Deben usarse gafas de protección para proteger las membranas mucosas de los ojos.
- Los respiradores desechables con dispositivo de filtración de materiales particulados (p.ej. N-95, N-99 ó N-100) son el nivel mínimo de protección respiratoria que debe usarse en caso de encontrarnos ante la posibilidad de transmisión persona a persona de gripe porcina. Los trabajadores deben probarse el modelo de respirador que van a utilizar para asegurarse de que les quede bien ajustado y deben saber determinar si hay un contacto hermético entre la máscara y la cara.¹ Los trabajadores que no pueden usar el respirador con dispositivo para la filtración de materiales particulados debido al vello facial u otras limitaciones que impiden el ajuste adecuado, deben usar un respirador purificador de aire de ajuste flojo (p.ej. unido a un casco o a una capucha) con funcionamiento eléctrico, equipado con filtros de alta eficacia. Los materiales desechables deben ser eliminados adecuadamente, y los no desechables deben limpiarse y desinfectarse según las especificaciones de las directrices sobre respuesta a brotes del gobierno estatal, la industria debe dar las especificaciones correspondientes a cada material.

Vacunación con la vacuna contra la gripe estacional

- Los trabajadores no vacunados deben recibir la vacuna contra la gripe de la estación para reducir la posibilidad de una infección doble por virus de la gripe porcina y por virus de la gripe humana.

Administración de medicamentos antivirales a manera de profilaxis

A la fecha de la elaboración del presente documento **No se recomienda.**

Vigilancia y monitoreo de personas enfermas

- Instruir a los trabajadores para que estén atentos a cualquier fiebre o síntoma respiratorio que comience dentro de la semana desde el momento cuando se dio el contacto con personas infectadas o expuestas a la gripe porcina, o a superficies ambientales potencialmente contaminadas con la gripe porcina.
- Los Trabajadores de Salud (TS) que se enfermen deben notificar a su jefe de área en el Establecimiento de salud (Para ello es importante educar a la población en forma permanente) quien dispondrá la atención médica que corresponda. En caso de trasladarse a un centro asistencial debe hacerlo con protección respiratorias (mascarilla) para evitar transmitir la enfermedad
- Se recomienda que los TS enfermos gripe porcina que permanezcan en casa hasta 24 horas después de que haya bajado la fiebre, a menos que se establezca un diagnóstico diferente o que los resultados de las pruebas diagnósticas indiquen que el paciente no está infectado con el virus A de la gripe.
- Mientras estén en casa, las personas enfermas deben seguir buenas prácticas de higiene respiratoria y de las manos a fin de disminuir el riesgo de transmisión del virus a otras personas.

Evaluación de los trabajadores enfermos

- A los trabajadores que presenten una enfermedad respiratoria febril se les debe tomar una muestra respiratoria (p.ej. una muestra nasofaríngea con un hisopo o un aspirado respetando la bioseguridad correspondiente).
- Con la muestra respiratoria deben realizarse pruebas de RT-PCR para la detección de la gripe del tipo A y B, si es posible, de H1 y H3. Si no es posible hacer estas pruebas en la Provincia o si el resultado de las pruebas locales es positivo, debe comunicarse a los Centros Nacionales de Influenza y enviarles la muestra para que hagan las pruebas.
- No debe intentarse aislar el virus a menos que se disponga de una instalación con nivel 3+ de bioseguridad para que reciba las muestras y haga el cultivo de las mismas.
- En condiciones óptimas, debe tomarse una muestra sérica en la fase aguda (dentro de una semana a partir de la aparición de la enfermedad) y en la fase convaleciente (3 semanas después de la aparición de la enfermedad) que debe almacenarse localmente en caso de que sea necesario realizar pruebas para la detección de anticuerpos del virus de la gripe porcina.

PRECAUCIONES EN CASO DE NECESIDAD DE INTERNACIÓN DE PACIENTES

- En caso de que algún paciente con sospecha de gripe requiera internación debe hacerse siguiendo las medidas de aislamiento respiratorio y de contacto. Para ello todos los hospitales deben estar preparados para poder brindar dicho aislamiento.

- Una vez descartada la gripe porcina el paciente podrá ser trasladado a otra área si la patología de base lo permite.
- Si el paciente requiere asistencia respiratoria mecánica se deberá contar en el hospital con salas de aislamiento respiratorio preparadas con respiradores adecuados a tal fin.
- Siempre que sea posible el paciente deberá guardar reposo y recibir atención médica ambulatoria o internación domiciliaria. Para ello es menester adecuar los sistemas de atención con una buena coordinación entre los centros periféricos y los hospitales. Así mismo se deberá organizar equipos de profesionales (médicos, enfermeros, etc.) para la atención domiciliaria.

FORMACION DEL EQUIPO DE ATENCION EN LA PANDEMIA

El mismo se formara con dos equipos multidisciplinarios de atención (asistentes sociales, médicos, profesionales de laboratorio, enfermeras, técnicos, etc. quienes identificarán personas de riesgo), uno se dedicara a la atención del paciente internado, el otro equipo realizara la atención en forma ambulatoria y en la guardia.

Los equipos serán coordinados por una comisión central integrada por personal del hospital (área internación) y del municipio (área ambulatoria}.

SE DEBEN REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

- TOMA DE MUESTRA (aspirado nasofaríngeo en menores de 5 años, hisopado nasal, hisopado faríngeo en mayores de 5 años y sangre en todas las edades) ver laboratorio.
- ALGORITMO DE ACTIVIDADES DE CONTROL DE FOCO Y BLOQUEO.
- EI EQUIPO DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO DEBE FUNCIONAR DURANTE 24 HORAS, PARA DETECTAR COMPLICACIONES (el equipo se debe rotar cada 6 a 8 horas).
- SEGUIMIENTO DURANTE 10 DIAS. Caso sospechoso con clínica y epidemiología de influenza, se toma la muestra, se notifica, se realiza quimioprofilaxis y vacunación según norma y seguimiento (Pacientes y convivientes).
- ALERTAS VISUALES: colocar alertas visuales, en los centro de salud, y distribuir en la comunidad, tratar de coordinar con los medios de comunicación correspondientes, también en los centros de concurrencia masivas como lo son los clubes, centros de fomentos, etc.
- CAPACITADORES: El equipo de salud, capacitara agentes de salud, para difundir las medidas de profilaxis y de detección de casos y GR.

El equipo de seguimiento, realizara charlas de prevención y de detección de complicaciones.

- **CONTACTO DIARIO CON EL EQUIPO DE SALUD DEL HOSPITAL:**
Tiene como objetivo informar que pacientes que se derivaron fueron dados de alta, cuales se complicaron y debieron ser pasado a unidad de interacción o terapia intensiva. También conocer los resultados de laboratorio.

MANEJO DE PACIENTES:

- i. Paciente con factores de riesgo de evolución tórpida de influenza. **SEGUIR DURANTE 10 DIAS, CON VISITAS DIARIAS.**
- ii. Pacientes que la muestra dio positiva (para influenza porcina u otra cepa pandémica). **SEGUIR DURANTE 10 DIAS CON VISITAS DIARIAS.**
- iii. Paciente que debió internarse y luego egresó, se lo debe controlar cada 24 horas, las primeras 48 horas.
- iv. Paciente sospechoso, que resultó negativo por laboratorio, se lo controla cada 72 horas, concurriendo al centro de salud
- v. La aplicación de vacunación, quimioprofilaxis, se realizara en el domicilio de acuerdo a grados de riesgos de los casos antes mencionados.
- vi. Si el paciente bajo seguimiento sufriera alguna complicación, el equipo de seguimiento lo debe derivar al hospital, una ambulancia lo llevara hasta la unidad de internación correspondiente.

EQUIPO DE ATENCION EN LA INTERNACION DEL PACIENTE:

- Una vez que el paciente ingresa al hospital o a la unidad de interacción de día para patología respiratoria (influenza), se deberá valorar si el mismo ya fue encuestado, realizado quimioprofilaxis, vacunación clasificado y valorado grupo familiar. En caso que no se haya realizado, el equipo de internación se encargara del caso índice. El grupo familiar y los contactos serán responsabilidad del equipo de seguimiento ambulatorio.
- Hacer hincapié en 12 a 24 horas de atención intensiva que no quiere significar pacientes de terapia intensiva (ver hospital de día). Este concepto es fundamental para clasificar al paciente grave que necesita UTI o que según valoración clínica, gasométrica, radiológica (con aparición de neumonía) o alguna complicación esperada como la pericarditis, renales, hepáticas necesita internación.

- Los equipos estarán conformados por :
 - Médicos.
 - Enfermería.
 - Kinesiología.
 - Personal de limpieza.
 - Personal de mantenimiento (oxigenoterapia central y aspiración)
 - Infectólogos.
 - Profesionales de laboratorio
 - Epidemiólogos.
 - Trabajadores sociales

- INTERACCION: EQUIPO AMBULATORIO Y DE INTERNACION.

Debe ser coordinado y simultaneo, mientras un equipo trabaja sobre el paciente internado, realizando la atención en forma sistematizada y controlada, evaluando hora a hora la evolución y detectando rápidamente las posibles complicaciones. El otro equipo realiza el seguimiento de los contactos del caso índice y trata de detectar si su medio social permite que el paciente pueda volver rápidamente al domicilio.

- EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD:

La unidad tendría un número de camas que puede variar de acuerdo a la tasa de ataque zonal, pero podría tomarse como un 10% de cama del hospital aproximadamente , numero siempre variable, a mas casos, mayor serian el numero de camas.

Cada unidad debe poseer:

1. oxigenación central (por cama)
2. aspiración central. (por cama)
3. saturómetro de pulso cada dos camas.
4. enfermería cada dos camas una, que cumpla horas de trabajo 4.
5. kinesiólogos uno cada cuatro camas.
6. asistente social (uno en la internacion cada 8 camas)
7. médicos (uno cada cuatro camas), siempre tienen que ser dos como mínimo.
8. personal de limpieza, una cada dos camas.
9. material descartable desde (camisolín, mascara N95. sonda para aspiración)
10. recipientes para descartar materiales.
11. antibióticos, beta, adrenergicos, corticoides antitérmicos. Vacunación.
12. personal de mantenimiento para controlar presiones de oxigeno y aspiraciones, como los manómetros.
13. equipo de reanimación.
14. laboratorio de diagnostico las horas que funcione la unidad.
15. ambulancia en el caso que halla que trasladar al paciente si el hospital es de menor complejidad y necesiten uno de mayor.
16. movilidad para traslado de asistentes sociales y pacientes al domicilio.

Todos estos insumos deben ajustarse a la necesidad del lugar y complejidad, pero el sentido de la unidad es el trabajo intensivo y coordinado y ágil que es el único mecanismo de estabilización del paciente y su evolución.

- La unidad de internación, deberá poseer historia clínica, que debe ser escueta, de rápida lectura y llenado, una vez que se complete la misma, se debe informar al centro de vigilancia epidemiológico, el caso y proceder a la terapéutica convencional.
- Una vez que el paciente evoluciona favorablemente dentro de las 24 horas de internación o antes se decide su egreso y seguimiento por el equipo ambulatorio. Se le entregará información de prevención, posibles complicaciones y el equipo que lo ira a visitar a su domicilio.
- Si el paciente debe pasar a la internación general o terapia intensiva, los médicos de la unidad (hospital de día) informaran al centro ambulatorio el caso complicado como índice de pronóstico.

AMBOS EQUIPOS DE TRABAJO DEBEN SER COORDINADOS POR UNA UNIDAD QUE ABARQUE TANTO A LA ATENCION AMBULATORIA COMO DE INTERNACION INDEPENDIENTEMENTE DE LOS NIVELES ADMINISTRATIVOS A QUE CORRESPONDAN.

3. HOSPITAL DE CAMPAÑA.

En el caso que la tasa de ataque sea elevada y se sospeche la saturación del hospital o que la cepa pandémica se disemine fácilmente en el hospital existiendo riesgo de infección hospitalaria deberá implementarse esta estrategia ya sea creando un centro de atención exclusivo para estos casos con un numero de ventiladores apropiado como ya se describió o equipando un hotel para tal fin o si se dispone utilizar hospitales de campaña.

4. ESTRATEGIA COMUNITARIA BASADA EN EL ESCUDAMIENTO

El concepto de escudamiento proporciona una estrategia que brinda la base para apoyar a las instituciones y servicios de salud declarada una situación de pandemia de influenza.

La estrategia de escudamiento fue desarrollada para el control de enfermedades infecciosas y se constituye como una adaptación del papel que desempeño históricamente la cuarentena. El objetivo del escudamiento y la cuarentena es cortar el ciclo de la enfermedad, o sea, minimizar o prevenir la transmisión de un agente biológico de una persona infectada a personas no infectadas.

Históricamente pueden identificarse distintos niveles en la aplicación de una medida de cuarentena:

- Escudamiento
- Restricciones en las reuniones sociales
- Suspensión de eventos públicos
- Restringir vuelos aéreos
- Establecer un cordón sanitario

La experiencia global de imponer una cuarentena a través de medidas legales estrictas, ha demostrado ser poco efectiva en sociedades con importantes grados de libertad civil e individual. Contrariamente, el concepto de escudamiento, se centra en medidas autoimpuestas por los ciudadanos contribuyendo a la recuperación de la salud.

Específicamente frente a una pandemia de influenza, la estrategia del escudamiento se basa en mantener una distancia social efectiva que permita minimizar las exposiciones de personas no infectadas interrumpiendo la transmisión de la enfermedad.

Las actividades básicas se basan en medidas de contención proactivas y coordinadas a través de:

- Búsqueda activa de contactos
- Planificar el involucramiento de los medios de comunicación
- Estimar la demanda de atención de la salud.
- Estimular el autoaislamiento voluntario para incrementar la distancia social a través de campañas de diseminación de información sobre la situación.

Las diferencias entre el escudamiento y la cuarentena se presentan a continuación:

IMPLEMENTACION DE MEDIDAS OPERATIVAS EN SITUACIONES DE ALERTA DE PANDEMIA Y PANDEMIA POR INFLUENZA

MANEJO DE PACIENTES EN INSTITUCIONES DE SALUD.

En las instituciones que brinden atención médica ambulatoria o internación se deberán tomar las siguientes medidas:

La recepción de los pacientes al centro de atención se debe realizar por personal entrenado para evitar contagio intra-institución:

1. caso sospechoso
2. expuesto (potencialmente infectado)
3. no infectado
4. no infectado con riesgo alto de complicaciones (por ejemplo: transplante, inmunosuprimido, etc.)

- Crear consultorio de admisión de influenza.

Los pacientes con influenza presunta o confirmada se deben ubicar en habitación con ventilación independiente, sin presión positiva, los visitantes o acompañantes deben estar a una distancia de al menos un metro de los pacientes respetando las medidas de bioseguridad que se le indique en el establecimiento de salud.

Para el caso de Gripe Porcina nos encontramos en Fase y 4 de Pandemia de Influenza:

Situación 1: fases 3 y 4

Ingreso al país de una persona o grupo de personas proveniente de países con casos humanos de influenza porcina u otro virus con potencial pandémico, con síntomas de caso sospechosos de influenza y nexo epidemiológico en el período prepandémico.

Recomendación:

El personal de control migratorio y de salud en contacto con los sospechosos debe ser vacunado con la vacuna de influenza en uso y tratado en forma profiláctica con antiviral específico (preferentemente inhibidores de la neuraminidasa).

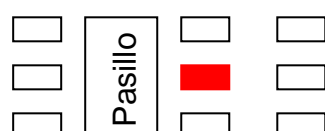
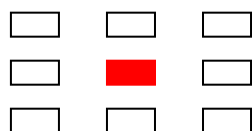
Ante el ingreso al países de aeronaves provenientes de países afectados (México y EEUU), se recomienda respetar los siguientes procedimientos para la detección de casos a fin de evitar la diseminación de la Influenza Porcina en el país.

ACCIONES A REALIZAR EN AVIONES Y EN AEROPUERTOS INTERNACIONALES QUE RECIBAN VUELOS DE LAS ZONAS AFECTADAS.

Aplicar Instructivo para detectar personas afectadas en vuelo, antes del arribo.

Personal de abordaje debe entregar a personal de tierra planilla con ubicación de los viajeros sintomáticos detectados en vuelo.

Triaje en el avión con la lista (ubicación sintomáticos) por personal de Sanidad de Fronteras y separar los sintomáticos y sus 8 contactos cercanos:



Triage en Aeropuerto para los pasajeros que vienen de México y Sur de EEUU:

- El Sintomático con barbijo y sus 8 contactos deben bajar del avión en primer lugar y juntos (menores acompañados de adultos responsables).
- Sintomáticos **sin** criterio de internación con tratamiento con Oseltamivir y seguimiento telefónico va a su domicilio;
- Sintomáticos **con** criterio de internación tratamiento con Oseltamivir y todo lo necesario en Hospital de Campaña en Ezeiza.
- Asintomático con seguimiento telefónico va a su domicilio;

Internación obligatoria:

- Hospital De Campaña en Ezeiza y en cada uno de los Aeropuerto Internacionales que reciban vuelos de México.
- Ante necesidad de mayor complejidad pautar traslado reglado en tiempo y forma a
- Hospital Posadas
- Muñiz , Tornu, posiblemente Piñero para adultos
- Elizalde para pediátricos
- Hospital Provincial de Ezeiza se está preparando para la posible contingencia y tiene apoyo de los Hospitales provinciales "Kilómetro 32" y "Evita de Lanús"

El o los casos índice deberán ser estudiados, llenado de ficha clínica-epidemiológica; si están dentro de las 48 hs. de iniciado los síntomas serán tratados igual que a sus contactos sintomáticos tratamiento y a sus contactos asintomáticos se les realizará seguimiento (por diez días) y quimioprofilaxis.

MANEJO DEL PACIENTE CON DEFINICIÓN DE CASO PARA FASES 3 Y 4 EN LOS CENTROS SANITARIOS.

COMO EVALUAR:

SINTOMAS GENERALES: ETI

COMPLICACIONES:

1. IRAG Inusitada (IRA baja, Neumonía graves o muy graves)

NEXO EPIDEMIOLOGICO:

Sintomático contacto de Paciente que proviene de zonas afectadas.

QUE HACER

1. Se debe llenar ficha clínica epidemiológica.
2. Se debe notificar inmediatamente a la autoridad sanitaria
3. Se debe realizar tratamiento.
4. Se debe evaluar criterios de internación o seguimiento ambulatorio por 10 días.
5. Toma de muestra hisopado nasal y sangre para serología.
6. Seguimiento de contactos asintomático por diez días.
7. Contactos sintomáticos se indica tratamiento

Situación 4: fase 5

Igual que en el caso anterior considerando transmisión interhumana.

- Manejo del paciente con definición de caso para periodo fase 5 en los centros sanitarios.

COMO EVALUAR:

SINTOMAS GENERALES: ETI

COMPLICACIONES:

1. IRAG Inusitada (IRA baja, Neumonía grave o muy grave)

NEXO EPIDEMIOLOGICO:

A. Contacto con pacientes con cuadro compatible con ETI que proviene de zonas fase 5.

QUE HACER:

1. Se debe llenar ficha clínica epidemiológica.
2. Se debe notificar inmediatamente a la autoridad sanitaria.
3. Se debe realizar tratamiento y vacunación.
4. Se debe evaluar criterios de internación o seguimiento ambulatorio.
5. Toma de muestra hisopado nasal y sangre para serología.
6. Quimioprofilaxis a contactos y seguimiento por 10 días.
7. Contactos sintomáticos se indica tratamiento

Situación 5: fase 6

Comienzo de la Pandemia

Recomendación: focalizarse en la captación de las personas en grupo de riesgo (GR) o grupos prioritarios que se indicaron para vacunación, quimioprofilaxis y vacuna.

CONTROL DE INFECCIÓN Y SALUD OCUPACIONAL MANEJO DE LA PANDEMIA EN CENTROS DE CUIDADOS AGUDOS

El virus se propaga por de contacto de secreciones respiratorias, gotas y aérea, se puede transmitir por objetos contaminados. La supervivencia del virus es de 24 a 48 hs en superficies no porosas, 8 a 12 hs. en telas tejidos y papel; y 5 minutos en las manos, aumentando cuando la humedad es baja.

La transmisión por contacto ocurre tanto por contacto directo (contacto físico entre el individuo colonizado o infectado y el huésped susceptible) como por contacto indirecto (transferencia pasiva de microorganismos a través de un objeto intermedio, como las manos de los TS no lavadas entre paciente y paciente-

La transmisión también ocurre a través de grandes gotas (mayores o iguales a 5 μm), que se producen cuando el paciente infectado tose o se suena la nariz, o durante determinados procedimientos como la succión de secreciones o broncoscopia. Estas gotas se dispersan a menos de 1 metro del paciente infectado y se depositan en las mucosas del nuevo huésped (ahora infectado) o de los objetos cercanos al paciente.

La transmisión aérea se realiza cuando los organismos se transmiten a través de núcleos pequeños ($<5\mu\text{m}$) que resultan de la evaporación de grandes gotas. Estos pequeños núcleos pueden permanecer en suspensión durante largos períodos y ser inhalados por pacientes ubicados a cierta distancia del paciente con influenza (inclusive en otra habitación).

Hasta ahora el contacto a través de grandes gotas o secreciones respiratorias parecen las vías más probables de infección. La transmisión aérea permanece aún en controversia, y si bien se ha demostrado transmisión experimental por aerosoles en ratones, no existe evidencia de dicha ruta en humanos. Por tanto, para un apropiado control de la infección por influenza se debe incluir tanto las precauciones tradicionales aplicadas a todos los pacientes como algunas adicionales relacionadas al control de la transmisión por grandes gotas, contacto y aérea.

Con el propósito de minimizar la transmisión de influenza y otras enfermedades en centros de cuidados agudos es primordial la adherencia a procedimientos y políticas de control y prevención de la infección.

Recomendaciones:

1. Prevención de la pandemia de influenza

a. Inmunización y antivirales

Se recomienda la adherencia a recomendaciones para vacunas y antivirales para pacientes y trabajadores sanitarios (TS), como lo indica el capítulo correspondiente del plan.

2. Control de la pandemia de influenza

a. Manejo del personal

1. Proveer información educativa a los trabajadores de salud. La misma debería ser brindada al personal en el momento en que se declare la fase 3 de la Pandemia (OMS), y repetida a intervalos frecuentes para todos los niveles del equipo de salud.
2. Adherir a un plan para la determinación de la capacidad de los TS de permanecer o retornar al trabajo en base a su susceptibilidad a influenza, estado de vacunación y uso de antivirales. (ver Manejo de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de influenza).

Autocuidado: los TS en contacto con pacientes sospechosos o confirmados de influenza deben seguir el siguiente procedimiento:

Chequear su temperatura dos veces al día y auto-monitorear la presencia de síntomas respiratorios (especialmente tos)

En caso de fiebre, limitar inmediatamente interacciones y auto-excluirse de las áreas públicas. Notificar al equipo de control de infección la posibilidad de haber contraído influenza

b. Prácticas de control de la infección

1. Higiene de manos

Los trabajadores, pacientes y visitantes deben reconocer que la adhesión estricta a las recomendaciones para el lavado y desinfección de manos son la base de la prevención de la infección y pueden resultar la única medida preventiva disponible durante la pandemia. El lavado o desinfección de manos debe ser realizado después del contacto directo con trabajadores/pacientes con ETI y después del contacto con artículos personales del paciente o con el ambiente cercano del mismo.

2. Medidas de higiene para minimizar la transmisión de influenza

Los pacientes, trabajadores y visitantes pueden minimizar la transmisión de la infección mediante la aplicación de buenas medidas de higiene como por ej. usar pañuelos descartables, cubrir nariz y boca cuando se tose, lavar/desinfectar manos después de toser, sonarse la nariz o usar el pañuelo, y mantener las manos lejos de las mucosas de los ojos y la nariz.

3. Equipo protector personal

a. Mascarillas.

Hasta ahora no existen suficientes evidencias que apoyen que la transmisión de influenza en humanos ocurre por vía aérea. Sin embargo debido a la alta letalidad de los brotes de H5N1, y ahora el H1N1 porcino, la posibilidad de que el virus mute a formas más eficientes de transmisión humano-humano la OMS recomienda el uso de mascarillas de alta eficiencia (N95). Por tanto, en las primeras fases de la pandemia, cuando el objetivo es el bloqueo de la misma,

parece apropiado la recomendación del uso de mascarillas N95. Sin embargo, cuando la pandemia se declare será poco práctico y útil (por la dificultad de disponer de una cantidad adecuada) el uso de las mismas y podrán ser reemplazadas por mascarillas de cirugía.

- i. Las mascarillas deben ser utilizadas para prevenir la transmisión cuando un TS se encuentra cara a cara con un paciente que tose.
 - ii. Los TS deberán utilizar máscaras y protectores oculares o protectores de la cara cuando los TS realicen procedimientos que los expongan a aerosoles de sangre, secreciones y excreciones del cuerpo,
 - iii. Los TS deben evitar tocarse los ojos con sus manos para prevenir la auto-contaminación con patógenos
 - iv. Recomendaciones para el uso de las máscaras:
 - Deben ser utilizadas una sola vez y cambiadas cuando se humedecen (porque no son efectivas cuando están húmedas)
 - Deben cubrir boca y nariz
 - Evitar tocarlas mientras se las usa
 - Descartar en un recipiente apropiado
- b. Guantes
- i. Para el bloqueo de infecciones H1N1 porcino, la OMS está actualmente recomendando el uso de guantes para entrar a las salas de los pacientes. Sin embargo, parece que cuando la pandemia se declare será poco práctico y útil el uso de los mismos para el cuidado de rutina de pacientes con influenza confirmada o sospechosa, a excepción que el TS tenga una lesión abierta en sus manos. Un lavado de manos meticuloso con agua y jabón o desinfección de manos son suficientes para inactivar el virus.
 - ii. Los guantes deben ser empleados por los TS cuando se manipulan sangre, fluidos corpóreos, secreciones, excreciones y membranas mucosas con el objeto de reducir la potencial transferencia de microorganismos de pacientes infectados a TS y de paciente-paciente a través de las manos del TS.
 - i. Los guantes no deben ser usados como sustituto del lavado de manos.
 - ii. Los guantes no deben ser reusados ni lavados.

c. Batas

- i. Para el bloqueo de infecciones H1N1, la OMS está actualmente recomendando el uso de batas para entrar a las salas de los pacientes, cuando se sabe que el TS va a permanecer en contacto directo con el paciente o sus pertenencias. Sin embargo, parece que cuando la pandemia se declare será poco práctico y útil el uso de las mismas para el cuidado de rutina de pacientes con influenza confirmada o sospechosa.
- ii. Cuando se realizan procedimientos que pueden generar aerosoles de sangre o fluidos biológicos, se deben usar batas

largas con mangas largas y puños ajustados para proteger la piel no cubierta y el derrame en la ropa.

- iii. Los TS deben cubrir cualquier lesión abierta de la piel. Si la piel intacta, se contamina con sangre o fluidos biológicos debe lavarse lo más pronto posible con agua y jabón.

4. Limpieza y desinfección de equipo de cuidado de los pacientes

- i. Dado que el virus es inactivado con 70% de alcohol o con cloro, se recomienda la limpieza de superficies con un detergente neutro seguido de una solución desinfectante apropiada
hipoclorito de sodio al 1% -dilución 1:5 de la lavandina comercial de 50gr/L- para desinfección de material contaminado con sangre o fluidos biológicos,
Alcohol – isopropílico, etílico- al 70% para superficies metálicas, tablas u otros objetos en los que no se pueda utilizar hipoclorito.
- ii. El equipamiento que es compartido por los pacientes debe ser limpiado entre paciente y paciente.
- iii. Las superficies que frecuentemente son tocadas con las manos (por ej contaminadas) de los TS o de los pacientes (como la superficie de los equipos médicos o botones de ajuste o apertura, deben ser limpiadas al menos 2 veces al día o cuando se supone que están contaminadas, ej. Después de su uso.
- iv. Cuando se utiliza ropa de cama reutilizable, ésta debe ser cambiada entre pacientes. No se requiere ningún procedimiento especial para el lavado de la ropa de cama de pacientes con influenza (se recomienda el uso de lavandina al 0,01%, preparada colocando diluyendo una parte de lavandina comercial en 500 partes de agua).

5. Apropiado manejo de los residuos

- i. Todos los residuos generados de las áreas deben ser eliminados en bolsas adecuadas como el resto del material infeccioso del hospital.
- ii. Una sola bolsa es usualmente adecuada. Si esta bolsa se ensuciara por fuera, utilizar dos bolsas . Las bolsas de residuos deben estar adecuadamente marcadas.
- iii. Los residuos líquidos como la orina o las heces pueden ser eliminados a través del sistema habitual de servicios cloacales.

6. Ubicación de los pacientes

La ubicación de pacientes en habitaciones individuales con/sin presión negativa reduce el riesgo de transmisión de un paciente a otro mediante la reducción del contacto directo e indirecto.

El número de salas de aislamiento es muy limitado en los hospitales y es probable que sólo puedan ser usados en el momento de la aparición de la cepa potencialmente pandémica, cuando el objetivo sea el bloqueo de la misma. Luego, cuando la pandemia se haya declarado, si no se dispone de habitaciones individuales, es recomendable separar los casos probables de los confirmados cuando

sea posible y evitar el hacinamiento (mantener una separación espacial de un metro y cuando sea posible colocar una cortina de separación entre paciente y paciente) entre pacientes, visitantes y TS, siempre que sea posible.

7. Distribución de los pacientes

Es necesario dividir el hospital en áreas o unidades, según el plan predeterminado de control de infección. Además resulta conveniente la designación de un TS para la realización de un tamizaje rápido que permita dirigir a los pacientes que recién ingresan al hospital hacia zonas de sospecha de influenza y zonas no-influenza. Mientras el paciente ubicado en “zonas de sospecha de influenza” se encuentre en la sala de espera es recomendable el uso de barbijos.

Las áreas en las que se sugiere dividir el hospital son:

- i. Área de evaluación de pacientes con sospecha de ETI (que incluya sala de espera).
- ii. Área de evaluación de pacientes sin sospecha de ETI (pacientes que requieren cuidados agudos por otra causa)(con su correspondiente sala de espera)
- iii. Área de internación de pacientes sospechosos-expuestos a ETI
- iv. Área de internación de pacientes con influenza confirmada
- v. Área de internación de pacientes no expuestos-inmunes (se entiende por inmune aquellos pacientes recuperados de una influenza causada con la cepa pandémica o vacunados contra la cepa pandémica)
- vi. Área de internación de pacientes no expuestos a ETI pero con alto riesgo de complicaciones (cuidados intensivos, pacientes transplantados, pacientes oncológicos, pacientes con enfermedades pulmonares o cardíacas crónicas, pacientes en diálisis).

8. Admisión de pacientes

- i. Eliminar las admisiones a hospitales para cirugías no agudas y restringir las cirugías pulmonares y cardiovasculares a los casos de emergencia.
- ii. Los pacientes que se recuperan de una influenza pueden ser movidos al Área de no influenza después que ha transcurrido el período de contagio de la cepa pandémica.
- iii. A medida que la pandemia progresa, las cohortes de “sospechoso/expuesto” y de “confirmado” pueden mezclarse.
- iv. Mantener los principios de áreas divisorias hasta que la primera hola de la pandemia haya terminado.

9. Restricción de la circulación de los pacientes en el hospital

- i. Se debe limitar el movimiento de pacientes dentro del hospital
- i. Los pacientes con ETI que presentan tos sólo deben salir de su habitación para procedimientos urgentes/necesarios
- ii. Los pacientes con ETI que están tosiendo deben usar máscara siempre que sea necesario salir de su habitación , mientras estén en el período de contagio de la cepa pandémica . Si el transporte es fuera del hospital, todas las superficies tocadas por el paciente deben ser limpiadas. Por ej

si el paciente es transportado en ambulancia, la misma debe ser limpiada en su interior con un desinfectante como alcohol al 70%.

10. Restricción de visitas

- i. No existen restricciones para visitantes asintomáticos que se han recuperado de una influenza pandémica o que se han inmunizado con la cepa pandémica.
- ii. Los visitantes con ETI no deben realizar visitas hasta que estén asintomáticos. Parientes muy cercanos de enfermos terminales pueden ser exceptuados, pero deben ponerse una máscara antes de entrar al hospital y su visita debe ser restringida al paciente terminal únicamente.
- iii. Los visitantes deben ser informados que en el hospital existe actividad influenza. Aquellos que no han tenido influenza o no han sido inmunizados deberían ser desalentados para visitar pacientes. Parientes cercanos de enfermos terminales, pueden ser exceptuados, pero su visita debe ser sólo individual y deben lavarse las manos luego de salir de la habitación del paciente. El uso de mascararas a la entrada del hospital es útil si no existe actividad influenza en la comunidad.

Manejo de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de influenza

Se emplearán las palabras, “apto para trabajar”, “no apto para trabajar” y “apto para trabajar con restricciones” para comunicar la capacidad de un trabajador de permanecer o retornar al trabajo, dependiendo de su susceptibilidad a influenza, estado de inmunización y uso de antivirales.

1. Apto para trabajar

- a- Los trabajadores sanitarios asintomáticos pueden trabajar aún si la vacuna de influenza o los antivirales no estén disponibles.
- b- Cuando la vacuna contra la cepa pandémica o los antivirales estén disponibles, idealmente, los trabajadores de salud serán considerados “aptos para trabajar” cuando se cumplen algunas de las siguientes condiciones:
 - se han recuperado de una ETI durante las etapas tempranas de la pandemia
 - están inmunizados contra la cepa pandémica
 - está en tratamiento con antivirales
- c- Idealmente, cuando la vacuna contra la cepa pandémica o los antivirales estén disponibles, y sea posible, los TS no expuestos deberían trabajar en áreas “no influenza”

2. No apto para trabajar:

- a. Idealmente, el TS con ETI debe ser considerada “no apto para trabajar” y no deberían trabajar. Sin embargo, debido a los limitados recursos, estos

TS pueden ser llamados para trabajar cuando se encuentren lo suficientemente bien como para hacerlo (ver punto 3 b, debajo)

2. Apto para trabajar con restricciones

- a. Idealmente, los TS con ETI que se encuentran en condiciones de trabajar deben ser considerados “apto para trabajar con restricciones” y sólo deben trabajar con pacientes con ETI. En un escenario de recursos limitados, estos TS pueden ser requeridos para trabajar con pacientes no-expuestos (áreas no influenza) y si están tosiendo deberán utilizar una máscara y prestar atención meticulosa a la higiene de manos.
- b. Los TS con ETI que se encuentren en condiciones de trabajar no deberán trabajar en áreas de cuidados intensivos, unidades con pacientes inmunodeprimidos como pacientes transplantados, oncológicos, pacientes con enfermedades cardíacas crónicas o enfermedades pulmonares, o pacientes en diálisis o con VIH/SIDA.

MANEJO DE PACIENTES EN UN TRANSPORTE

Pasajeros con síntomas de posible gripe porcina:

- El personal debe estar enterado de los síntomas de la gripe porcina (Pág. Web Ministerio de Salud)
- Aunque la experiencia con la infección humana es limitada, se espera que las personas infectadas con gripe porcina presenten probablemente fiebre y síntomas respiratorios (tos, garganta dolorida, respiración corta, diarrea o vómitos).
- Si se trata de miembros del equipo de vuelo u otro personal que han informado sobre un pasajero que viaja desde un área de riesgo de gripe porcina, con fiebre o una enfermedad respiratoria, deben mantener a la persona enferma separada del contacto cercano con otras personas tanto como sea posible.
- Una máscara quirúrgica puede reducir el número de las gotitas tosidadas en el aire.
- Pida que la persona enferma use una máscara, si está disponible y si puede tolerarla (es decir, si la persona enferma no tiene tal dificultad severa al respirar y que no puedan utilizar una máscara). Si no se dispone de una máscara quirúrgica, proporcione los tejidos, o telas finas y pida que la persona afectada cubra su boca y que se tape al toser.
- Cuando una persona enferma no puede usar una máscara quirúrgica, el personal debe usar máscaras quirúrgicas al trabajar directamente con esa persona.
- El personal debe usar los guantes descartables para el contacto directo con sangre o fluidos corporales de cualquier pasajero. Sin embargo, los guantes no substituyen la higiene apropiada de las manos.
- Inmediatamente después de terminar las actividades que implican el contacto con los fluidos corporales, los guantes deben ser desechados cuidadosamente y se deben lavar las manos. Los guantes nunca deben ser lavados o reutilizados.
- La autoridad legal debe notificar la enfermedad a la estación más cercana de cuarentena, tan pronto como se observe la enfermedad.

- Los funcionarios de cuarentena arreglarán para que la ayuda médica apropiada esté disponible cuando el avión toque tierra y notificarán al estado, a los departamentos locales de salud y los funcionarios apropiados de nivel Provincial o Nacional. Los funcionarios de la cuarentena trabajarán con la línea aérea y los departamentos locales y estatales de salud y colaborarán en la asistencia y transporte médico del paciente desde la llegada, en las medidas de control de la enfermedad y de contención de pasajeros y en las actividades de notificación y de vigilancia del equipo, y los procedimientos de la desinfección de la línea aérea.

Manejo del arribo de pasajeros:

El manejo del arribo de pasajeros que llegan desde áreas con gripe porcina debe observar las siguientes recomendaciones: Como con todas las enfermedades infecciosas, la primera línea de defensa es higiene cuidadosa de la mano.

- Como práctica general, el personal debe lavar sus manos con frecuencia, utilizando agua y jabón y una frotación a base de alcohol de las manos (alcohol en gel).
- Personal que tiene que detener o asistir a un pasajero que parezca tener una enfermedad respiratoria y que pudo haber viajado de un área con gripe porcina, debe intentar ponerla a resguardo o separarla de los otros pasajeros, como sea posible y debe entrar en contacto inmediatamente con las autoridades apropiadas, tales como la estación de cuarentena o los Servicios Médicos de Emergencia .
- En el interior, proveer al pasajero enfermo una máscara quirúrgica si está disponible, para reducir el número de las gotitas tosidadas en el aire y si es que el pasajero puede tolerar una máscara. Si no hay máscara quirúrgica disponible, proporcione tejidos o telas finas y pida que la persona enferma cubra su nariz y su boca al estornudar y toser.
- Cuando un pasajero enfermo no puede usar una máscara quirúrgica, el personal debe usar máscaras quirúrgicas al trabajar directamente con la persona enferma.
- El personal debe usar guantes descartables si toca sangre o los fluidos corporales. Sin embargo, los guantes no substituyen la higiene apropiada de las manos. Inmediatamente después que las actividades que implican el contacto con los fluidos corporales, los guantes deben desecharse cuidadosamente y se deben lavar las manos. Los guantes nunca deben ser lavados o reutilizados.
- El manejo de los miembros del equipo de vuelo enfermos o expuestos y del personal de tierra enfermo o expuesto y sospechoso de desarrollar gripe porcina deben tomar las siguientes precauciones:
- El personal debe usar guantes descartables si toca sangre o los fluidos corporales. Sin embargo, los guantes no substituyen la higiene apropiada de las manos. Inmediatamente después de las actividades que implican el contacto con los fluidos corporales, los guantes deben ser quitados y ser desechados cuidadosamente y las manos deben ser limpiadas.
- Los guantes nunca deben ser lavados o reutilizados.

MANEJO DE LOS ENFERMOS DEL EQUIPO (TRIPULACIÓN Y PERSONAL DE TIERRA):

En el manejo de los miembros del equipo de vuelo y personal de tierra enfermos, sospechosos de influenza porcina se debe tomar las precauciones siguientes:

- Si viaja y el inicio de la enfermedad ocurre mientras está lejos del hogar, debe notificar al empleador para que lo ayude con la localización de un prestador de atención médica.
- Informar al empleador sobre la exposición posible a la gripe porcina, y preguntar por sus opciones de atención médica.
- Si el inicio de la enfermedad ocurre mientras está fuera del País, la embajada o el consulado pueden también proporcionar nombres y direcciones de médicos locales.
- Si no está de viaje cuando comienza la enfermedad, debe limitar su contacto con otros, tanto como sea posible para ayudar a prevenir la extensión de cualquier enfermedad infecciosa.
- Si se programa una visita a un consultorio médico, o a una clínica, o a un servicio de emergencia, debe informar al proveedor salud, por adelantado sobre su exposición posible para poder tomar medidas, en caso de necesidad, para prevenir la transmisión a otras personas y ajustar las medidas de prevención.
- Si el inicio de la enfermedad ocurre en el hogar después del regreso de un viaje, debe contactar a su proveedor de atención médica, e informar sobre cuáles son sus síntomas y los países que usted ha visitado, antes de ir al consultorio médico, o al Servicio de Emergencia. De esta manera es posible tomar las precauciones, en caso de necesidad, para prevenir la transmisión a otras personas y al proveedor de atención médica.

SOBRE LA COMUNICACIÓN SOCIAL:

Desarrollo de una estrategia de comunicación social que permita una diseminación clara y efectiva de la situación de la pandemia de influenza, de la medidas de control implementadas y las recomendaciones a nivel de la comunidad.

TRANSPORTE DE MUESTRAS EN NIVEL LOCAL

Los ejemplos de este tipo incluyen el transporte de muestras desde el consultorio al laboratorio, dentro de la misma institución, o de un hospital a un laboratorio de otra institución.

Los principios de transporte seguro son los mismos que se aplican para el transporte aéreo nacional o internacional, porque no debe existir ninguna posibilidad de escape del material bajo las circunstancias normales de transporte.

Cuando se realizan estos transportes se deben tomar las siguientes precauciones:

- Toda persona que transporta materiales biológicos dentro o fuera de la institución debe conocer los riesgos inherentes a los mismos.
- Los recipientes con las muestras deben ser herméticos y a prueba de fugas de líquidos. Pueden ser de plástico o de vidrio debidamente identificados, y no deben quedar restos biológicos fuera del envase. Toda indicación con el nombre, número de historia clínica, tipo de análisis y/o breve descripción del cuadro no se debe envolver alrededor del tubo; se coloca por separado preferentemente en bolsas plásticas.
- Si el recipiente es un tubo, debe tener cierre hermético con tapa a rosca y colocado en gradillas de manera que conserve su posición vertical.
- Los recipientes con las muestras se colocan en una caja resistente, a prueba de pérdida de líquidos, con una cubierta segura y cierre ajustado. La caja donde se transportan las muestras debe estar firmemente asegurada en el vehículo de transporte. Estos contenedores pueden ser de metal o plástico pero deben ser autoclavables o resistentes a la acción de los desinfectantes químicos.
- Cada caja de transporte debe estar perfectamente etiquetada con la indicación de su contenido y debe ir acompañada con los datos e identificación de las muestras.
- Cada vehículo de transporte debe tener un recipiente con desinfectante a base de cloro, un recipiente para desechos a prueba de fugas líquidas y guantes resistentes.

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Basándose en las recomendaciones de la OPS/OMS se establecen las presentes recomendaciones que se encuentran en permanente revisión. En el período de alerta de pandemia (fases 3, 4 y 5) los laboratorios de la Red no procesarán las muestras pertenecientes a casos probables para minimizar la posibilidad de propagación del virus entre el personal del laboratorio.

TODA MUESTRA DEBE IR ACOMPAÑADA DE SU FICHA CLINICO-EPIDEMIOLOGICA COMPLETA EN FOLIO PLASTICO EN LA CAJA CONTENEDOR DEL TRIPLE ENVASE.

Los únicos medios fiables de confirmar la influenza A/H1N1 porcina consisten en:

- Aislamiento del virus (en instalaciones de bioseguridad 3) y secuenciación parcial del genoma. Por lo tanto el único laboratorio habilitado en el país para tal fin es el BSL3 del ANLIS donde se debe remitir toda muestra de caso probable por intermedio de la Dirección de Epidemiología de cada Pcia. o jurisdicción
- La secuenciación parcial o completa del genoma viral a partir de material genético amplificado de muestras clínicas, si fuera

posible, proporcionará identificación definitiva de la nueva cepa viral.

- Una vez recomendado por OPS/OMS el diagnóstico por biología molecular del virus porcino, los 3 Centros Nacionales de Influenza (CNI) realizarán la detección por este medio

Es importante destacar que debido al carácter novedoso de este agente infeccioso no se cuenta con materiales de referencia que permitan validar las pruebas de laboratorio. Lo que no descarta la validez de los resultados que se informen.

En el momento en que se haya declarado la fase 6, esto es período pandémico, todos los laboratorios de la Red Nacional de Influenza y virus respiratorios que dispongan de instalaciones BSL-2 podrán realizar el diagnóstico rápido por inmunofluorescencia o RT-PCR.

Confirmación de resultados de laboratorio

Las muestras deberán ser enviadas a un Centro Colaborador de Influenza de la OMS (CDC de Atlanta) para que se realice la confirmación de los resultados de laboratorio para influenza porcina obtenidos en el país.

DIRECCIONES DE LOS CNI

ANLIS-INEI. VELEZ SARFIELD 563 (1281) CABA.

ANLIS-INE. ITUZAINGO 3520 (7600) MAR DEL PLATA.

INSTITUTO VIROLOGICO DE CORDOBA. CIUDAD UNIVERSITARIA (5000) CORDOBA

FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

DEFINICIÓN DE CASO OMS: enfermedad aguda febril (fiebre mayor de 38°C) con un espectro de enfermedad que va de Enfermedad tipo Influenza a neumonía con nexo epidemiológico de país afectado con transmisión humano a humano..

Datos personales:

Apellido y nombre

Edad:.....

Sexo: M.... F.....

Domicilio:

Localidad:

Partido:

Ocupación:

Pcia.:

| |
|---|
| Paciente vacunado <input type="checkbox"/> Paciente no vacunado <input type="checkbox"/> fecha de vacunación...../...../..... |
|---|

Datos clínicos:

| | |
|---|---|
| Lugar de atención | Fecha..../..../. Ambulatorio <input type="checkbox"/> |
| Comienzo de síntomas/..../..... | Internado <input type="checkbox"/> |
| Periodo de estado (2 a 7 días) tildar lo que corresponda: | |

| | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| Fiebre: °C | Cefalea <input type="checkbox"/> | Mialgia <input type="checkbox"/> | Postración <input type="checkbox"/> |
| Coriza <input type="checkbox"/> | Dolor de garganta <input type="checkbox"/> | Tos moderada <input type="checkbox"/> | Tos intensa <input type="checkbox"/> |
| Nauseas <input type="checkbox"/> | Vómitos <input type="checkbox"/> | Diarrea <input type="checkbox"/> | (25% de los niños) |
| Complicaciones: | | | |
| Neumonía viral <input type="checkbox"/> | Neumonía bact. <input type="checkbox"/> | Pleuresía <input type="checkbox"/> | Bronquitis <input type="checkbox"/> |
| Bronquiolítis <input type="checkbox"/> | Otitis <input type="checkbox"/> | Faringitis <input type="checkbox"/> | |
| Miocarditis <input type="checkbox"/> | Pericarditis <input type="checkbox"/> | Endocarditis <input type="checkbox"/> | |
| Glomerulonefritis <input type="checkbox"/> | Nefritis aguda <input type="checkbox"/> | | |
| Encefalitis <input type="checkbox"/> | Meningitis <input type="checkbox"/> | S. Guillain Barre <input type="checkbox"/> | S. Reye <input type="checkbox"/> |
| Rayos X de Tórax | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Describir imagen: |

Tratamiento: SI **NO**

Sintomático (especifique):

Específico: amantadina rimantadina

oseltamivir

Antibacteriano (especifique):

EVOLUCIÓN Marcar con una X

FECHA ____/____/____

DE ALTA _____

CONDICIÓN AL Referido SI NO Hospital Fecha remisión ____/____/____

Fallecido Si NO Fecha fallecimiento ____/____/____

Convivientes asintomático del caso índice (3) no vacunados en grupo de riesgo.

| Apellido y nombre | edad | Sexo | Patología de base | Fecha de bloqueo | |
|-------------------|------|------|-------------------|------------------|--------|
| | | | | vacuna | quimio |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

A los convivientes sintomáticos de grupo de riesgo llenar nueva ficha, realizar toma de muestra e iniciar tratamiento específico.

DATOS DEL INVESTIGADOR:

NOMBRE Y APELLIDO _____ FIRMA: _____
INSTITUCIÓN _____ TELÉFONO _____

ANEXO I

PLAN DE CONTINGENCIA PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESASTRES

Aspectos Básicos

1. Definición

Los preparativos para una situación de desastre implican al conjunto de acciones orientadas a planificar, organizar y mejorar la capacidad de respuesta frente a sus probables efectos. Estas acciones incluyen la realización de planes de contingencia entendido como un documento normativo que describa los riesgos, los actores y sus responsabilidades frente a la ocurrencia de eventos

2. Contenido mínimo de los Planes de Contingencia

2.1 Análisis de situación

2.2 Hipótesis

2.3 Objetivos y metas

2.4 Organización

2.5 Roles y responsabilidades.

2.6 Capacitación

2.7 Evaluación

2.1 Análisis de situación

- Análisis de amenazas
- Análisis de vulnerabilidad
- Capacidad Operativa

Recursos humanos

Infraestructura y equipamiento

Insumos críticos

En este apartado deben identificarse las zonas vulnerables a desastres, estableciendo el área geográfica, la población total y la infraestructura de salud. En el inicio de una contingencia biológica se deben ejecutar la totalidad de las medidas de control con la intención de bloquear el brote. Es necesario definir las enfermedades que se utilizarán como trazadoras de daños, para identificar las acciones de prevención y reparación ante diversos grados de intensidad del fenómeno. Por ej. la respuesta integrada para SARS / Pandemia de influenza se podría utilizar como trazador de daños para una contingencia de bioterrorismo.

Hipótesis

Elaboración de hipótesis más probables:

- Tipo de fenómeno adverso
- Magnitud, intensidad, momento
- Listado de daños posibles
- Cálculo de demanda máxima

En este momento es necesario diseñar mapas de riesgo que permitan identificar zonas geográficas de ocurrencia de potenciales desastres, teniendo en cuenta los posibles riesgos asociados, análisis de vulnerabilidad y los recursos existentes disponibles para la emergencia.

2.3 Objetivos y metas

Debe contemplarse:

- Viabilidad
- Prioridades
- Cobertura
- Resultado esperado

2.4 Organización

- Comité Operativo de Emergencia (COE)
- Activación del plan
- Niveles de autoridad
- Agrupación por áreas de responsabilidad

El COE necesita ser organizado en dos niveles: provincial y nacional. En el ámbito nacional, su propósito es diseñar, conducir y compartir acciones con las instituciones y organizaciones públicas y privadas de las distintas áreas involucradas para la atención de la situación de emergencia. De la misma manera, debe organizarse un COE a nivel local para monitorear y responder a los efectos del evento adverso. En esta instancia, el sector salud local asume la responsabilidad del tratamiento de las víctimas, la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades, el saneamiento básico y la ingeniería sanitaria, la supervisión de la atención de la salud en los centros de evacuados, los recursos y apoyos logísticos en coordinación con todas las instancias competentes a nivel estatal, privado y de la sociedad civil.

2.5 Roles y responsabilidades

Asignación de roles:

- ¿Quién hace qué?
- ¿Cuándo?
- ¿Cómo?
- ¿Con qué?

2.6 Capacitación

Se identifican tres ejes sobre los cuales se debe capacitar a los niveles Provinciales y Municipales:

- Análisis de Situaciones de Salud ASIS
- Formación de COES
- Diseminación de planes de contingencia

2.7 Evaluación

La evaluación y actualización de los planes de contingencia se realiza especialmente durante los periodos en los que no se producen situaciones de emergencia. A tal fin, es necesario la realización de simulacros que permitan poner a prueba la puesta en marcha del plan en condiciones de campo simuladas.