



Gobierno **Bolivariano**  
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular  
para la **Salud**

COMITE NACIONAL DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE INFLUENZA PANDEMICA

# MANUAL DE ATENCION DE CASOS DE NUEVA INFLUENZA A /H1N1 EN SERVICIOS DE SALUD

Versión, 2 de Septiembre de 2009

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCION</b> .....	4
<b>CAPITULO I: ASPECTOS LEGALES</b> .....	6
CONSTITUCION NACIONAL DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.....	6
LEY ORGANICA DE SALUD.....	6
LEY DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA.....	6
REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL.....	7
<b>CAPITULO II: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b> .....	10
DEFINICIONES DE CASO .....	10
TOMA DE MUESTRA PARA DIAGNÓSTICO DE VIRUS RESPIRATORIOS. ....	12
REGISTRO Y NOTIFICACION OBLIGATORIA DE CASOS. ....	14
<b>CAPITULO III: RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD</b> .....	15
ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS FRENTE LA NUEVA INFLUENZA (A/H1N1)	15
FLUJOGRAMAS PARA MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES NIVEL I.....	16
NIVEL I: MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE ADULTO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> ).....	16
NIVEL I: MANEJO CLÍNICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA SOSPECHOSA DE INFLUENZA A (H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> ).....	17
NIVEL I: MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> ).....	18
NIVEL II: MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE ADULTO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> ).....	19
NIVEL II: MANEJO CLÍNICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA SOSPECHOSA DE INFLUENZA A (H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> ).....	20
NIVEL II: MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H <sub>1</sub> N <sub>1</sub> ).....	21
RECOMENDACIONES SOBRE EL MANEJO CLINICO DE LA EMBARAZADA Y EL RECIEN NACIDO. ....	22
<b>CAPITULO IV: TRATAMIENTO</b> .....	23
TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES.....	23
QUIMIOPROFILAXIS EN CONTACTOS.....	26
TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO. ....	27
MANEJO HOSPITALARIO DE LA NEUMONIA EN MENORES DE 15 AÑOS.....	29

MANEJO HOSPITALARIO DE LA NEUMONIA EN ADULTOS.....	30
<b>CAPITULO V: NORMAS SOBRE INTERVENCIONES NO FARMACOLOGICAS .....</b>	<b>30</b>
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA .....	30
TRASLADO DE PACIENTES.....	30
ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	31
TRIAGE .....	31
AISLAMIENTO .....	32
EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.....	37
RECOMENDACIONES PARA EMBARAZADAS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD.....	40
MEDIDAS SOBRE LAS VISITAS Y ACOMPAÑANTES.....	40
PROTOCOLO DE HIGIENE RESPIRATORIA Y MANEJO DE LA TOS .....	40
LIMPIEZA, DESINFECCIÓN, RECICLAJE DE MATERIAL Y MANEJO DE DESECHOS PELIGROSOS .....	40
MANEJO DE CADÁVERES.....	41
<b>CAPITULO VI: RECOMENDACIONES PARA POBLACIONES ESPECIALES.....</b>	<b>41</b>
<b>CAPITULO VII: PARTICIPACIÓN CIUDADANA ANTE SITUACIONES DE ALERTA.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>46</b>
ANEXO N° 1. FICHA EPIDEMIOLOGICA DE NOTIFICACION – INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE .....	48
ANEXO N° 2. SIS-02 / EPI-10 – registro diario de usuarios por medico general .....	47
ANEXO N° 3. SIS-04/EPI-12 – registro semanal de enfermedades de notificacion obligatoria....	51
ANEXO N° 4. Formulario de Registro Semanal de Enfermedad Tipo Influenza e IRAG.....	53
Anexo N° 5: TERAPIA ANTIVIRAL – NUEVA INFLUENZA A H1N1.....	52

## INTRODUCCION

El Ministerio de Poder Popular para la Salud construye el presente documento con el objeto de facilitar al personal de salud de la red de establecimientos públicos y privados las normas sobre vigilancia epidemiológica, prevención y contención, diagnóstico, tratamiento y respuesta del sistema de salud a fin de reducir el impacto de la Influenza A H1N1.

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. 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<sup>2</sup>.

La enfermedad causada por influenza estacional puede ser 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<sup>2</sup>

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<sup>1</sup>.

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 confundirse con otros cuadros de IRA causados por un tipo diferente de virus (Sincicial respiratorio, Parainfluenza, o Influenza estacional entre otros).

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 y el manejo clínico de los pacientes sospechosos y/o confirmados.

Ante este marco referencial, el Ministerio del Poder Popular para la Salud ha actualizado el presente documento con la participación de la Organización Panamericana de la Salud, las Sociedades Científicas de Neumonología, Ginecología y Obstetricia e Infectología y un grupo de expertos en el tema.

Las recomendaciones descritas están basadas en las evidencias disponibles hasta el momento; en consecuencia, dicho documento progresivamente será objeto de revisión y actualización siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y el comportamiento del virus en nuestro país.

## CAPITULO I: ASPECTOS LEGALES

Este capítulo incluye los aspectos más relevantes del régimen jurídico de la República Bolivariana de Venezuela que le dan sustento legal a las acciones de vigilancia, prevención y control en casos de epidemias.

### CONSTITUCION NACIONAL DE LA REPUBLICA 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

### LEY ORGANICA 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.

### LEY DEL 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.

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.

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

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

## REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

### **Artículo 23: Medidas sanitarias a la llegada o la salida**

1. Sin perjuicio de los acuerdos internacionales aplicables y de lo dispuesto en los artículos pertinentes del presente Reglamento, un Estado Parte podrá exigir, con fines de salud pública, a la llegada o la salida:

a. a los viajeros:

- i. información sobre su destino para poder tomar contacto con ellos;
- ii. información sobre su itinerario, para averiguar si han estado en una zona afectada o sus proximidades, o sobre otros posibles contactos con una infección o contaminación antes de la llegada, así como el examen de los documentos sanitarios de los viajeros que prescriba el presente Reglamento; y/o
- iii. un examen médico no invasivo lo menos intrusivo posible que permita lograr el objetivo de salud pública.

b. la inspección de equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos.

2. Sobre la base de las pruebas obtenidas mediante las medidas previstas en el párrafo 1 del presente artículo, o por otros medios, sobre la existencia de un riesgo para la salud pública, los Estados Partes podrán aplicar medidas adicionales de salud de conformidad con el presente Reglamento, en particular en relación con viajeros sospechosos o afectados, según el caso, el examen médico lo menos

intrusivo e invasivo posible que permita lograr el objetivo de salud pública consistente en prevenir la propagación internacional de enfermedades.

### **Artículo 31 Medidas sanitarias relacionadas con la entrada de viajeros**

1. No se exigirá un examen médico invasivo, la vacunación ni otras medidas profilácticas como condición para la entrada de viajeros en el territorio de un Estado Parte; no obstante, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 32, 42 y 45, el presente Reglamento no impide que los Estados Partes exijan un examen médico, la vacunación u otras medidas profilácticas, o certificado de vacunación o prueba de la aplicación de otras medidas profilácticas, en los casos siguientes:
  - a. cuando sea necesario para determinar si existe un riesgo para la salud pública;
  - b. como condición para la entrada de viajeros que pretenden solicitar una residencia temporal o permanente;
  - c. como condición para la entrada de viajeros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 43 o en los anexos 6 y 7; o
  - d. cuando se efectúen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23.
2. Si un viajero al que un Estado Parte puede exigir un examen médico, la vacunación u otras medidas profilácticas de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo no da su consentimiento para tales medidas o se niega a facilitar la información o los documentos a que hace referencia el párrafo 1(a) del artículo 23, el Estado Parte de que se trate podrá denegar, de conformidad con los artículos 32, 42 y 45, la entrada de ese viajero. Si hay pruebas de un riesgo inminente para la salud pública, el Estado Parte, de conformidad con su legislación nacional y en la medida necesaria para controlar ese riesgo, podrá obligar al viajero, con arreglo al párrafo 3 del artículo 23, a someterse a lo siguiente:
  - a. el examen médico lo menos invasivo e intrusivo posible que permita lograr el objetivo de salud pública;
  - b. la vacunación u otra medida profiláctica; o bien
  - c. otras medidas sanitarias reconocidas que impidan o controlen la propagación de la enfermedad, con inclusión del aislamiento, la cuarentena o el sometimiento del viajero a observación de salud pública.

### **Artículo 43 Medidas sanitarias adicionales**

1. El presente Reglamento no impedirá que, en respuesta a riesgos específicos para la salud pública o emergencias de salud pública de importancia internacional, los

Estados Partes apliquen medidas sanitarias acordes con su legislación nacional pertinente y las obligaciones dimanantes del derecho internacional:

- a. que proporcionen un nivel igual o mayor de protección sanitaria que las recomendaciones de la OMS; o
- b. que en otras circunstancias estarían prohibidas por el artículo 25, el artículo 26, los párrafos 1 y 2 del artículo 28, el artículo 30, el párrafo 1(c) del artículo 31 y el artículo 33, siempre que esas medidas no sean incompatibles de otro modo con este Reglamento.

Estas medidas no habrán de ser más restrictivas del tráfico internacional ni más invasivas ni intrusivas para las personas que otras opciones razonablemente disponibles que permitan lograr el nivel adecuado de protección sanitaria.

2. Para determinar si aplican las medidas sanitarias referidas en el párrafo 1 del presente artículo u otras medidas sanitarias previstas en el párrafo 2 del artículo 23, el párrafo 1 del artículo 27, el párrafo 2 del artículo 28 y el párrafo 2(c) del artículo 31, los Estados Partes se basarán en:
  - a. principios científicos;
  - b. las pruebas científicas disponibles de un riesgo para la salud humana o, si esas pruebas son insuficientes, la información disponible, incluida la procedente de la OMS y otras organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales pertinentes; y
- C. toda orientación o recomendación específicas disponibles de la OMS.

## CAPITULO II: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

### 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** tomando en cuenta los siguientes parámetros:

1. **Aumento de la frecuencia respiratoria**, según la edad (ver tabla anexa); y/o

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 30 respiraciones por minuto

2. **Tiraje intercostal**; y/o,
3. **Aleteo nasal**; y/o,
4. **Cianosis**.

**CASO SOSPECHOSO DE NUEVA INFLUENZA A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>):**

*Todo (a) paciente que:*

- a. Cumple con la definición de caso clínico de Enfermedad Tipo Influenza, ó
- b. Tiene cuadro clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)
- c. Fallece por cuadro clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) de causa inexplicada.

**CASO CONFIRMADO DE NUEVA INFLUENZA A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>):**

*Todo caso sospechoso con:*

- a. Resultado positivo para influenza A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>), por uno o más de los siguientes test: cultivo viral o PCR en tiempo real (caso confirmado por laboratorio), ya sea de
  - Muestra por hisopado nasofaríngeo; o
  - de tejido pulmonar en caso de fallecimiento. Art. 17 (Reglamento Sobre Enfermedades de Denuncia Obligatoria 1939. Gaceta Oficial No 19952. Vigente).
- b. Durante los siete (7) días anteriores al inicio de la enfermedad ha sido contacto con un caso confirmado de nueva influenza A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>), dentro o fuera del país (caso confirmado por nexos epidemiológicos)

**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-H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>.

## TOMA DE MUESTRA PARA DIAGNÓSTICO DE VIRUS RESPIRATORIOS.

En una pandemia de Influenza A H<sub>1</sub>N<sub>1</sub> no se requiere la toma de muestras a todos los casos sospechosos. Cuando se necesite, se seguirán las **normas estipuladas por el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”**

Se tomará muestra por hisopado nasal, nasofaríngeo o faríngeo en los siguientes casos:

- Casos de IRAG
- Casos sospechosos con co-morbilidad<sup>1</sup>
- Casos sospechosos en embarazadas
- Casos sospechosos en áreas geográficas no afectadas
- Brotes en sitios de confinamiento o cerrados<sup>2</sup>.
- Caso sospechoso de influenza en niños menores a 2 años

### 1. METODOS DE RECOLECCIÓN 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.
- Tejido Pulmonar en caso de fallecimiento: en los casos que se considere necesario confirmar el diagnóstico mediante examen post mortem, se tomará muestra de tejido pulmonar por punción o por autopsia si esta se realizara. La muestra debe conservarse en solución salina y remitirse en un lapso no mayor de 24 horas al Instituto Nacional de Higiene Dr. Rafael Rangel.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Instituciones educativas, cárceles, geriátricos, establecimientos de salud, cuarteles, entre otros.

## 2. 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.
- 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.
- El estudio no requiere de muestras de suero.
- Una vez tomada la muestra, enviar al INH"RR" dentro del lapso de las 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) 19.17.00 (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 Epidemiológica de Notificación del INH (ver Anexo 1).
- La Recepción en el INH"RR" se hará en:
  - 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.

## REGISTRO Y NOTIFICACION OBLIGATORIA DE CASOS.

La Influenza A H1N1 constituye una Enfermedad de Notificación Obligatoria (ENO) y por lo tanto su registro y posterior notificación deben seguir los mismos procedimientos de otras ENOs, salvo algunos ajustes a formularios y flujos.

A nivel de la atención ambulatoria (consultorios populares, ambulatorios, centros de diagnósticos integrales (CDI), centros de atención integral (CAI), núcleos de atención primaria, servicios de triage y consultorios médicos de los hospitales y clínicas privadas) los casos sospechosos de influenza A H1N1, sean niños, adultos o mujeres embarazadas, deben registrarse en el SIS-02 / EPI-10 (Anexo No. 2), o su equivalente, para posteriormente ser consolidado y notificado semanalmente al nivel administrativo superior correspondiente utilizando el SIS-04 / EPI-12 (Anexo No. 2), o su equivalente.

En el caso de los hospitales centinela para influenza y clínicas privadas, una copia del SIS-04 / EPI-12 semanal o su equivalente debe ser enviada a la dirección de epidemiología del nivel regional y a la dirección de vigilancia epidemiológica del MPPS para su procesamiento y análisis, diferenciados por establecimientos. Además, estos establecimientos deben llenar semanalmente el Formulario de Registro Semanal de ETI e IRAG en hospitales centinelas (Anexo No. 3), el cual debe ser enviado al nivel administrativo correspondiente.

Cuando un caso atendido ambulatoriamente u hospitalizado sea considerado **caso confirmado por nexo epidemiológico (es decir, sin muestra)** debe ser registrado en el SIS-02 / EPI-10 y también en la ficha epidemiológica de notificación del Instituto Nacional de Higiene (INH). En la sección diagnóstico presuntivo de esta ficha se consignara "Caso confirmado por nexo epidemiológico" y se enviará a la dirección general de Vigilancia Epidemiológica.

## CAPITULO III: RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

### ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS FRENTE LA NUEVA INFLUENZA (A/H1N1)

**NIVEL I:** Esta conformado por la siguiente red de establecimientos públicos y privados:

- Ambulatorios
- Consultorios Populares
- Centros Diagnósticos Integrales (CDI)
- Centros de Atención Integral (CAI)
- Núcleos de Atención Primaria
- Consultas de triaje de hospitales
- Clínicas Privadas

Estos establecimientos realizan la captación de pacientes sospechosos, toman muestras y prescriben tratamiento sintomático y antiviral ambulatorio, de acuerdo a los criterios establecidos en los flujogramas del Nivel I sobre manejo clínico del paciente adulto, pediátrico y embarazadas sospechosos de Influenza AH1N1.

**NIVEL II:** Está integrado por la red de los siguientes establecimientos públicos y privados:

- Hospitales centinela
- Clínicas privadas con capacidad resolutive para atender pacientes sospechosos de influenza AH1N1 con infección respiratoria aguda grave

Estos establecimientos identifican y atienden casos sospechosos y confirmados de influenza AH1N1; tienen capacidad para el manejo de casos graves o con co-morbilidad, realizan toma de muestra y prescriben tratamiento antiviral, de acuerdo a los criterios descritos en los flujogramas del Nivel II, sobre el manejo clínico del paciente adulto, pediátrico y embarazadas sospechosos de influenza AH1N1.

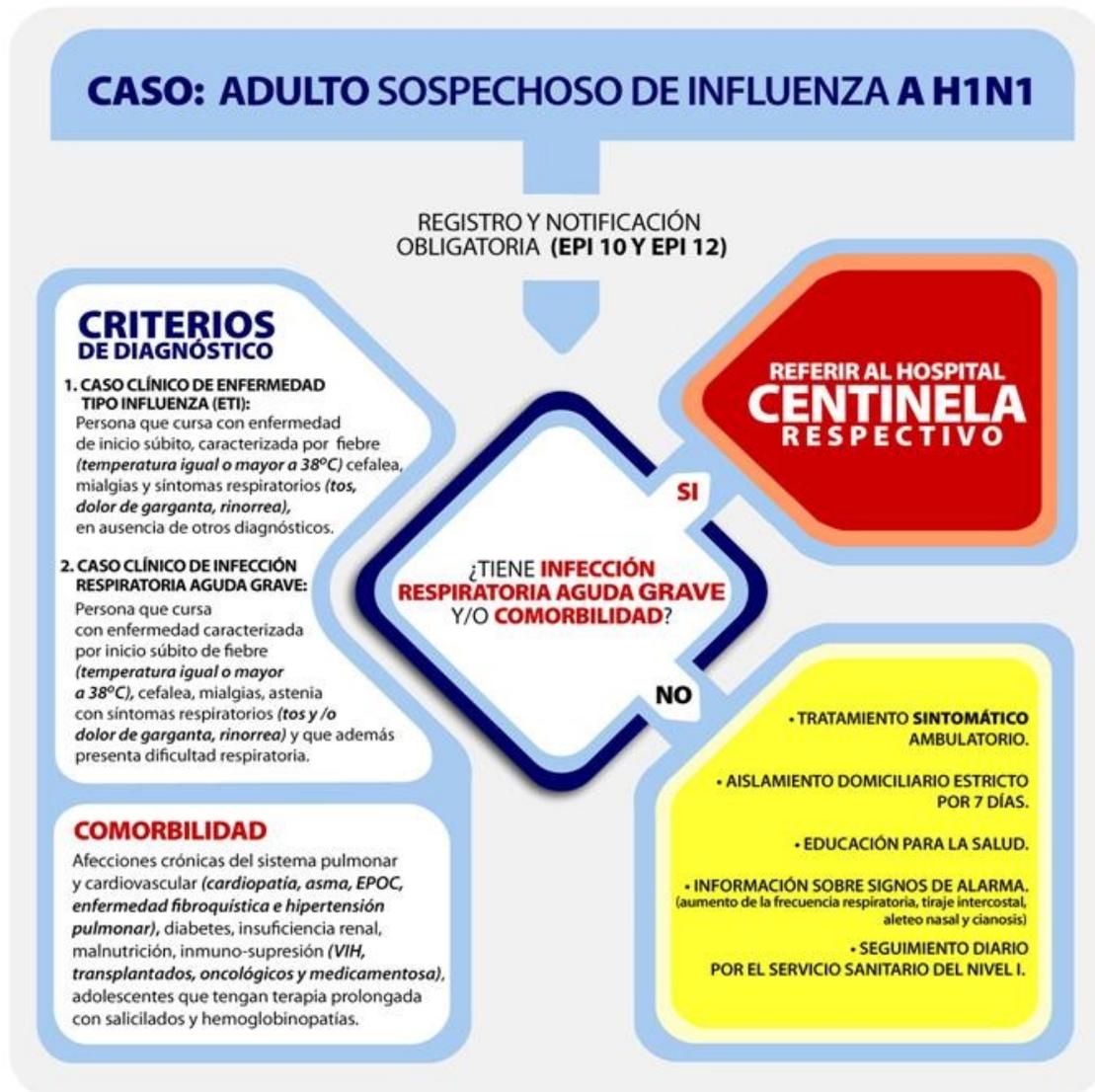
## FLUJOGRAMAS PARA MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES

NIVEL I: MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE ADULTO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)

# NUEVA INFLUENZA A(H1N1)

## MANEJO CLÍNICO: NIVEL I

Ambulatorios • Consultorios Populares • Centros Diagnósticos Integrales (CDI)  
Centros de Atención Integral (CAI) • Núcleos de Atención Primaria.  
Consultas de Triaje de Hospitales y Clínicas Privadas.



**NIVEL I: MANEJO CLÍNICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA SOSPECHOSA DE INFLUENZA A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)**

# NUEVA INFLUENZA A(H1N1)

## MANEJO CLÍNICO: NIVEL I

Ambulatorios • Consultorios Populares • Centros Diagnósticos Integrales (CDI)  
Centros de Atención Integral (CAI) • Núcleos de Atención Primaria.  
Consultas de Triaje de Hospitales y Clínicas Privadas.

### CASO: EMBARAZADA SOSPECHOSA DE INFLUENZA A H1N1

REGISTRO Y NOTIFICACIÓN  
OBLIGATORIA (EPI 10 Y EPI 12)

#### CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

##### 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°C*) 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°C*), cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (*tos y/o dolor de garganta, rinorrea*) y que además presenta dificultad respiratoria.

#### COMORBILIDAD

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*), adolescentes que tengan terapia prolongada con salicilados y hemoglobinopatías.

REFERIR AL HOSPITAL  
**CENTINELA**  
RESPECTIVO

¿TIENE **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE** Y/O ENFERMEDAD PROPIA DEL EMBARAZO Y/O **COMORBILIDAD?**

SI

NO

-TOMA DE MUESTRA.

• TRATAMIENTO **SINTOMÁTICO** Y **ANTIVIRAL** AMBULATORIO.

• AISLAMIENTO DOMICILIARIO ESTRICTO POR 7 DÍAS.

• EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

• INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA. (aumento de la frecuencia respiratoria, tiraje intercostal, aleteo nasal y cianosis)

• SEGUIMIENTO DIARIO POR EL SERVICIO SANITARIO DEL NIVEL I.

**NIVEL I: MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H1N1)**

**NUEVA INFLUENZA A (H1N1)**

**MANEJO CLÍNICO: NIVEL I**

Ambulatorios • Consultorios Populares • Centros Diagnósticos Integrales (CDI)  
Centros de Atención Integral (CAI) • Núcleos de Atención Primaria.  
Consultas de Triaje de Hospitales y Clínicas Privadas.



**NIVEL II: MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE ADULTO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)**

# NUEVA INFLUENZA A(H1N1)

## MANEJO CLÍNICO: NIVEL II

**Hospitales Centinela y Clínicas Privadas.**

(Identifica y atiende Casos Sospechosos y Confirmados de Influenza A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) y tiene capacidad para manejo de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) o con Comorbilidad)



**NIVEL II: MANEJO CLÍNICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA SOSPECHOSA DE INFLUENZA A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)**

# NUEVA INFLUENZA A(H1N1)

## MANEJO CLÍNICO: NIVEL II

**Hospitales Centinela y Clínicas Privadas.**

(Identifica y atiende Casos Sospechosos y Confirmados de Influenza A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) y tiene capacidad para manejo de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) o con Comorbilidad)

### CASO: EMBARAZADA SOSPECHOSA DE INFLUENZA A H1N1

REGISTRO Y NOTIFICACIÓN  
EPIDEMIOLÓGICA (EPI 10 Y EPI 12  
Y FORMULARIO REGISTRO SEMANAL  
DE ETI E IRAG EN CENTINELA)

#### CRITERIOS PARA INGRESO A UCI

**HIPOXEMIA:**  
PaO<sub>2</sub> < 60 mmhg ó PaCO<sub>2</sub> > 50 FIO<sub>2</sub> 21%

y uno o más de los siguientes criterios:  
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  
PH arterial < 7.35  
Creatinina sérica > 1.2 mg/dl  
Hb < 9 gr/dl  
Hematocrito < 30%

Rx de Tórax: patológica

#### COMORBILIDAD

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

¿TIENE INFECCIÓN  
RESPIRATORIA AGUDA GRAVE  
Y/O ENFERMEDAD PROPIA  
DEL EMBARAZO Y/O  
COMORBILIDAD?

#### HOSPITALIZAR

SI

¿CRITERIOS DE UCI?

NO

SI

• HOSPITALIZAR EN CONDICIONES DE AISLAMIENTO.

• TOMA DE MUESTRA.  
• INICIAR TRATAMIENTO ANTIVIRAL.

• INGRESAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN CONDICIONES DE AISLAMIENTO

• TOMA DE MUESTRA  
• INICIAR TRATAMIENTO ANTIVIRAL

NO

#### PACIENTE CON ETI Y COMORBILIDAD COMPENSADA

- TOMA DE MUESTRA.
- TRATAMIENTO SINTOMÁTICO Y ANTIVIRAL AMBULATORIO.
- AISLAMIENTO DOMICILIARIO ESTRICTO POR 7 DÍAS.
- EDUCACIÓN PARA LA SALUD.
- INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA. (aumento de la frecuencia respiratoria, tiraje intercostal, aleteo nasal y cianosis)
- SEGUIMIENTO DIARIO POR EL SERVICIO SANITARIO DEL NIVEL I.

**NIVEL II: MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)**

**NUEVA INFLUENZA A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)**

**MANEJO CLÍNICO: NIVEL II**

**Hospitales Centinela y Clínicas Privadas.**

(Identifica y atiende Casos Sospechosos y Confirmados de Influenza A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) y tiene capacidad para manejo de casos graves o con Comorbilidad)



**SIGNOS DE ALARMA**

1. AUMENTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA
2. TIRAJE INTERCOSTAL
3. ALETEO NASAL
4. CIANOSIS

EDAD	FRECUENCIA RESPIRATORIA
MENOR DE 2 MESES	> 60 RESP.X MIN.
DE 2 A 11 MESES	> 50 RESP.X MIN.
DE 12 MESES A 5 AÑOS	> 40 RESP.X MIN.
MAYOR DE 5 AÑOS	> 30 RESP.X MIN.

**CRITERIOS PARA INGRESO A UCI**

**HIPOXEMIA:**  
PaO<sub>2</sub> < 80 mmHg y PaCO<sub>2</sub> > 45 mmHg

- y uno o más de los siguientes criterios:**
- Saturación de O<sub>2</sub> por debajo de 85%
  - PH 7.30
  - FC < 60 ppm
  - TA 2 desviaciones estándar por encima o por debajo de las tablas para su edad.
  - Falla orgánica
  - Criterios de sepsis
  - Rx de tórax: patológica

**COMORBILIDAD**

Cardiopatías, asma, diabetes, cáncer, fibrosis quística, nefropatía, inmunosupresión (VIH, medicamentosa), malnutrición, malformación congénita, hemato- oncológico, niños que tengan terapia prolongada con salicilados y hemoglobinopatías.

## RECOMENDACIONES SOBRE EL MANEJO CLINICO DE LA EMBARAZADA Y EL RECIEN NACIDO.

La atención de la embarazada sospechosa y/o confirmada con influenza A H1N1, debe realizarse bajo las siguientes recomendaciones:

### PRE PARTO:

La paciente debe ser hospitalizada en condiciones de aislamiento, con medidas de protección respiratoria. El establecimiento de salud designado para este tipo de atención, debe contar con un área de triaje y aislamiento, exclusivo para la madre y el recién nacido.

### PARTO

Durante el período de parto, LA PACIENTE NO DEBE UTILIZAR LA MASCARILLA, el personal que la atiende debe cumplir el protocolo de protección respiratoria.

### POST PARTO

La madre y el recién nacido deben ser trasladados a una habitación de aislamiento para alojamiento conjunto.

En caso que no existan las condiciones para el alojamiento conjunto, madre hijo en una habitación de aislamiento, el recién nacido debe ser trasladado a la Unidad de Neonatología, con medidas de aislamiento (separado de las otras cunas por una distancia de un metro).

En condiciones óptimas de atención y de protección personal, debe iniciarse la lactancia materna inmediatamente. Si debido a su enfermedad, la madre no puede amamantar de manera segura, se recomienda la extracción de la leche, hasta tanto se cumplan los siguientes criterios:

1. TRATAMIENTO CON OSELTAMIVIR, durante un mínimo de 48 h.
2. AFEBRIL.
3. MANEJO ADECUADO DE LAS SECRECIONES RESPIRATORIAS.

Las visitas deben ser absolutamente restringidas.

## CAPITULO IV: TRATAMIENTO

### 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.

#### 1. CRITERIOS PARA INDICACION DE TRATAMIENTO ANTIVIRAL

- Casos de IRAG.
- Casos sospechosos o confirmados de Nueva Influenza A H<sub>1</sub>N<sub>1</sub> con presencia de co-morbilidad.<sup>3</sup>
- Casos sospechosos en embarazadas.
- Casos sospechosos en áreas geográficas no afectadas.
- 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.

---

<sup>3</sup> 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.

## 2. DOSIS:

### OSELTAMIVIR (TAMIFLU®)

Las dosis actualmente recomendadas para el tratamiento con Oseltamivir (Tamiflu®) son:

Adultos: 1 cápsula 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	

### ZANAMIVIR (RELENZA®)

Las dosis actualmente recomendadas para el tratamiento con Zanamivir (Relenza®) son:

<b>ZANAMIVIR</b>		
Nombre comercial:	Presentación:	Vía de administración:
Relenza®	Polvo en envase de cuatro alveolos de 5 mg cada uno	Inhalación
Está indicado en el tratamiento de pacientes mayores de siete años de edad.		
Edad	Tratamiento por 5 días	Quimioprofilaxis por 10 días
Niños mayores de 7 años	Una inhalación de 5-mg cada 12 horas	Una inhalación de 5-mg cada 24 horas
Adultos	Dos inhalaciones de 5-mg cada 12 horas	Dos inhalaciones de 5-mg cada 24 horas

### 3. Algunas consideraciones para el manejo de los antivirales

#### a. Preparación de suspensión pediátrica a partir de cápsulas de Tamiflu®:

- Tomando en cuenta que en el país existe Oseltamivir en cápsulas de 75 mg, cuando se requiera tratar a pacientes con peso menor a 40 Kg, se necesita hacer una preparación extemporánea de una suspensión a partir de las mismas. Reproducimos aquí las siguientes instrucciones del fabricante sobre la forma de realizarlo:
- Limpieza de manos previo a la preparación.
- 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.
- Retirar la cantidad a utilizar con una jeringa o un vasito dosificador calibrado, la dosis correspondiente de acuerdo al peso descrito en la tabla siguiente.
- **LA PREPARACIÓN DEBE HACERSE AL MOMENTO DE ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO CON CADA DOSIS (USO INMEDIATO - "NO GUARDE PARA UNA PRÓXIMA DOSIS").**

Una vez preparada, la solución se administra de acuerdo a lo descrito en el siguiente cuadro:

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

## **b. Tratamiento de la paciente embarazada**

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, sólo deben usarse durante el embarazo 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.

La Sociedades Científicas venezolanas de Ginecología y Obstétrica y de Infectología recomiendan, dada la mayor experiencia en su manejo, el uso de Oseltamivir como droga de primera elección.

## **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 INDICACIÓN DE QUIMIOPROFILAXIS**

- a. Persona que ha tenido contacto con caso confirmado de Nueva Influenza A H<sub>1</sub>N<sub>1</sub> y que tiene elevado riesgo de sufrir complicaciones:
  - Presencia de co-morbilidad
  - Embarazadas
- b. Caso sospechoso de influenza en niños menores de 2 años.
- c. Trabajador de salud que durante el contacto directo con un caso confirmado de Nueva Influenza A H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, no haya estado protegido con el Equipo de Protección Personal o lo haya usado inadecuadamente.
- d. Trabajador de salud en Unidad de Terapia Intensiva con contacto con caso confirmado de Nueva Influenza A H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>.
- e. Todos los miembros de la comunidad indígena que hayan estado en contacto con el caso sospechoso o confirmado de Nueva Influenza A H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>.

## 2. DOSIS RECOMENDADAS PARA LA QUIMIOPROFILAXIS

Adultos y adolescentes de 13 años y mas	75 mg una vez al día durante diez (10) días
Niños desde 1 año a 13 años de edad:	Dosis ajustadas por el peso
≤ 15 kgs	30mg una vez al día
>15 a 23 kgs	45mg una vez al día
>24 a 40 kgs	60mg una vez al día
>40 kgs	75mg una vez al día

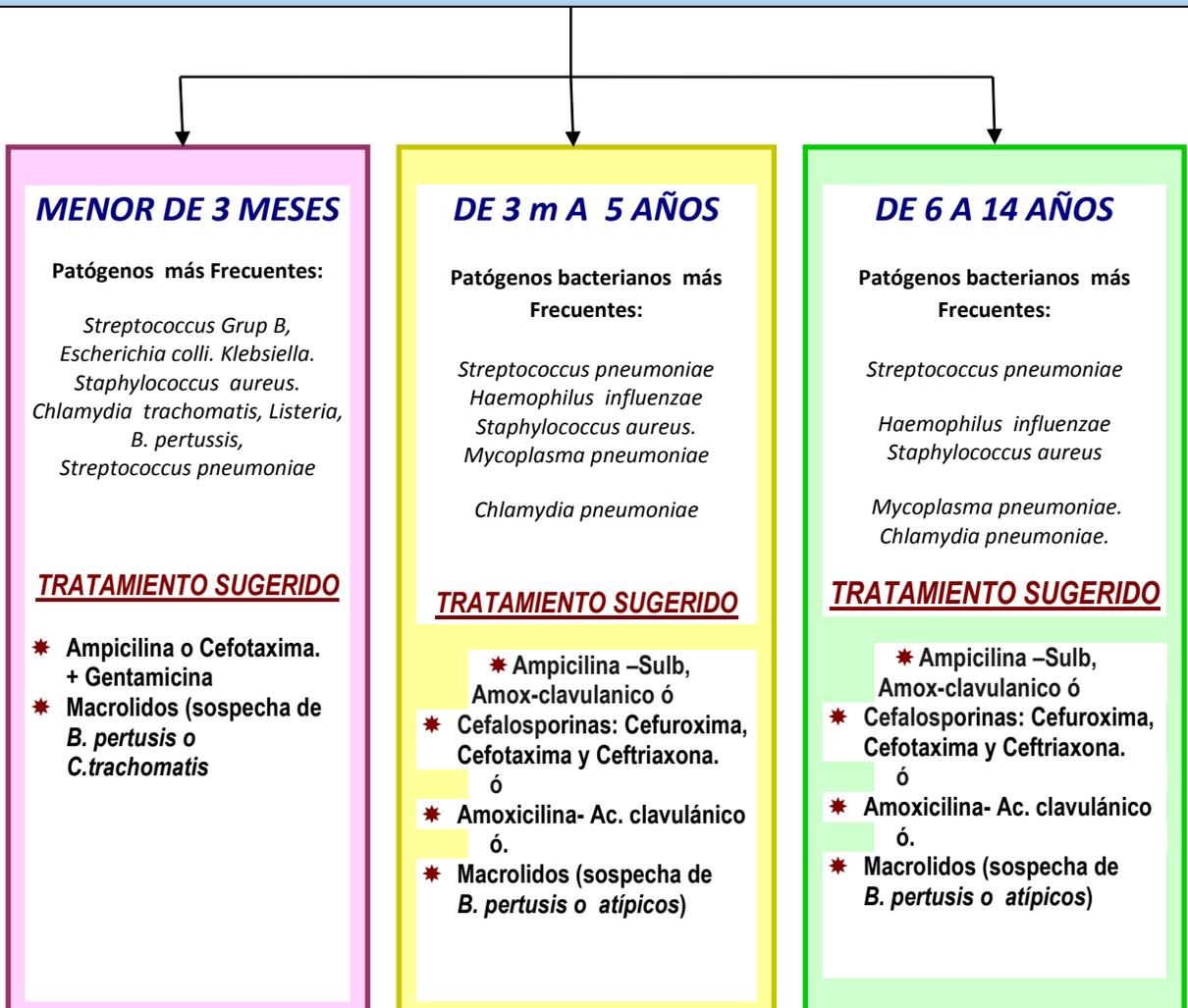
En los menores de 1 año: 2 mg/kg peso/dosis, cada 24 horas.

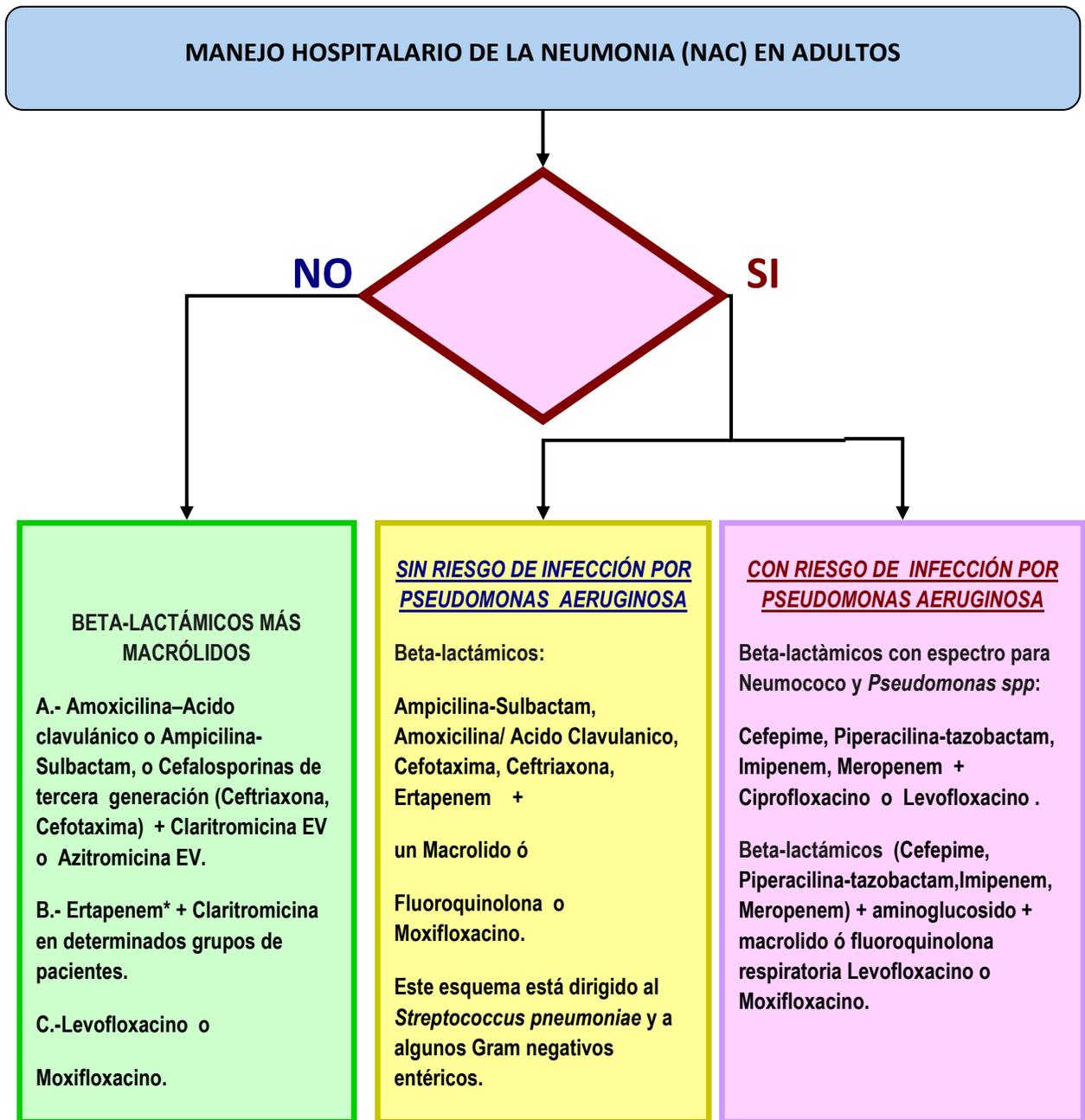
Lo antes descrito sobre la terapia antiviral se presenta en el anexo No. 4.

### TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO.

Seguidamente se presentan la adaptación de las recomendaciones (Neumonía Adquirida en la Comunidad NAC) de la Reunión de Consenso en Prevención, Diagnostico y Tratamiento de las Infecciones Respiratorias de la Sociedad Venezolana de Neumonología y Cirugía Torácica (**SOVETORAX**) en 2008. Así mismo, fue validado por un grupo de Infectólogos Pediatras, de la red hospitalaria de Caracas en Julio del 2009.

## MANEJO HOSPITALARIO DE LA NEUMONIA (NAC) EN MENORES DE 15 AÑOS





## CAPITULO V: NORMAS SOBRE INTERVENCIONES NO FARMACOLOGICAS

### 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:

- Protegerse con el EPP.
- 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.
- Instruir al paciente para que proteja la boca y la nariz con pañuelos de papel al toser y estornudar.
- Evaluar clínicamente al paciente e informarle su situación de salud.
- No realizar exámenes complementarios en el ámbito ambulatorio.
- Mantener al caso sospechoso y al acompañante en un área o sala de espera separada del resto de los pacientes.
- El personal de salud debe permanecer con el paciente hasta que se efectúe el traslado.
- Notificar el caso al Servicio de Epidemiología Distrital.
- Ventilar el local donde haya permanecido el caso sospechoso.
- 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.
- Participar en el estudio epidemiológico y de contactos.

### TRASLADO DE PACIENTES

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

- Realizar el traslado del paciente sospechoso en ambulancia.
- El paciente sospechoso que haya consultado en el primer o segundo nivel de atención debe llevar al hospital una hoja de referencia.
- Las ambulancias deben estar dotadas de cabina para el conductor,

convenientemente aislada del área del enfermo.

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

## 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:

## TRIAGE

1. Definición: es el primer paso del abordaje, que permite la clasificación de un paciente fundamentada en el tipo de atención inmediata que debe recibir.
2. Objetivos del triage:
  - 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)
3. Características del triage:
  - 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

traje 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.
4. Recepción de pacientes sospechosos de influenza A H1N1 en el área de triage: La recepción y selección de pacientes sospechosos de influenza A (H1N1), debe realizarla el personal de salud de acuerdo a los siguientes procedimientos:
- 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.
  - 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.
  - 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.
  - Instruir al paciente para que proteja la boca y la nariz con pañuelos de papel al toser y estornudar.
  - Evaluar clínicamente al paciente e informarle su situación de salud.
  - 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.

## AISLAMIENTO

**1. 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.

**2. Objetivo del aislamiento:** Evitar la transmisibilidad de la enfermedad a otros pacientes y al personal de salud.

**3. Características del aislamiento:**

- Identificar y adaptar tres áreas físicas (adultos, pediátricas y obstétricas) 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 papeleras 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.

#### **4. 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 (14 días).

#### **5. 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. 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.

## **7. 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:

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

## **8. Aislamiento domiciliario**

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

- Cumplir aislamiento domiciliario estricto por 7 días o hasta que se encuentre libre de síntomas por al menos 24 horas.
- Cubrir la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar.
- Permanecer en una misma habitación
- 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.
- Monitorear la temperatura corporal dos veces al día y vigilar la presencia de síntomas respiratorios.
- No recibir visitas.
- Lavar con jabón detergente y agua caliente los utensilios personales y no compartirlos con otras personas.
- Limpiar las superficies contaminadas con fluidos corporales con un desinfectante, como lejía (1.000 ppm) utilizando guantes.
- 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.
- Vigilar signos de alarma (según flujogramas de manejo de casos, anexos); en caso que se presenten acudir al hospital.

## EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

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

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 y gorro. 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  $\mu\text{m}$ ).

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.

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.

**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 orden:

1. Bata
2. Mascarilla
3. Lentes de protección ocular
4. Gorro
5. Guantes

**4. Remoción del equipo de protección personal.** El retiro del EPP debe realizarse siguiendo el siguiente procedimiento:

1. Los guantes y desecharlos en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
2. La bata y desecharla en el recipiente de desechos ubicado en la habitación
3. El gorro y desecharlo en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
4. 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. 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.

## **RECOMENDACIONES PARA EMBARAZADAS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD:**

La embarazada que trabaja en una institución de salud no debe participar en la atención de pacientes con infección por virus de influenza A (H1N1) sospechosa, o confirmada, por tanto, no debe ser asignada a los servicios de triage, aislamiento o emergencia. El responsable del centro se encargará de reasignarla a otra área sin riesgo de contagio.

En caso que tenga contacto directo inadvertido con un caso confirmado de Influenza A H1N1 y no haya estado protegida con el equipo de protección personal o lo haya usado inadecuadamente debe recibir quimioprofilaxis por 10 días.

## **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.

## **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:

- a. Cubrirse la boca y la nariz con pañuelos de papel antes de toser o estornudar y tirarlos a la basura.
- b. 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.
- c. Cuando las manos estén contaminadas deben lavarse con suficiente jabón o antiséptico durante al menos 10-15 segundos.
- d. 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.

## 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
<u>1.Derivados clorados</u> Hipoclorito sódico (lejía) de 50 g. de cloro activo o 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.
<u>2.Derivados Aldehídicos</u>  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:

- a. El personal de limpieza, así como, todo el que manipule residuos procedentes de los servicios debe utilizar el EPP.
- b. 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.
- c. La limpieza y desinfección del material no desechable se realizará de acuerdo al procedimiento estándar.
- d. 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.

## MANEJO DE CADÁVERES.

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

- Valorar la sensibilidad cultural y religiosa.
- El manejo de cadáveres debe realizarse utilizando el EPP.
- 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.
- El traslado a la funeraria debe hacerse lo más rápido posible después de la muerte.
- 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.
- Si la familia desea ver el cuerpo, pueden solicitar hacerlo. Sin embargo, se recomienda mantener el ataúd herméticamente cerrado.
- 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.
- 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.
- 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).
- La ropa del fallecido debe ser desechada.
- Se debe instruir al personal del servicio funerario sobre las medidas a seguir.

## CAPITULO VI: RECOMENDACIONES PARA POBLACIONES ESPECIALES

**1. 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.

**2. 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.

**3. Escenarios para el abordaje de los Centros Penitenciarios con Casos Sospechoso o Confirmados de Influenza A/H1N1.**

**Plan A: tratamiento masivo con máximas restricciones**

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

**Plan B: tratamiento a enfermos de alto riesgo y restricciones parciales**

- Tratamiento a los casos confirmados.

- 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.
- Tratamiento a los casos sospechosos con comorbilidad.
- Quimioprofilaxis a internos con alto riesgo (comorbilidad) contactos de casos sospechosos.
- Vigilancia de casos nuevos sin comorbilidad para detectar signos de alarma.
- Suspensión de nuevos ingresos o traslados de personas privadas de libertad
- Restricción de visitas según criterio del familiar.

## CAPITULO VII: 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 alimentaria. 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.

## **ANEXOS**

### **ANEXO N° 1. FICHA EPIDEMIOLOGICA DE NOTIFICACION – INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE**

FICHA N° \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**  
 Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 C.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nac.: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Representante: \_\_\_\_\_ C.I. Rep: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**DATOS CLINICOS**  
 Institución pro médico que refiere: \_\_\_\_\_  
 Distrito Sanitario: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico presunto: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de Síntomas: \_\_\_\_\_  
 Investigación solicitada: \_\_\_\_\_  
 Serología: Antic. El Icondo: \_\_\_\_\_ PCR: \_\_\_\_\_ BR: \_\_\_\_\_ Cultivo: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**  
 Lugar de exposición: \_\_\_\_\_ Viaje reciente: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Indique cuándo: \_\_\_\_\_  
 Contacto con: Aguas residuales: \_\_\_\_\_ Aguas estancadas: \_\_\_\_\_ Playas/Ríos: \_\_\_\_\_ Baños de: \_\_\_\_\_  
 Animales (domésticos o no): SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Indique especie: \_\_\_\_\_ Consumo de leche cruda: \_\_\_\_\_  
 Carne cruda: \_\_\_\_\_ Consumo de alimentos contaminados: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Indique cuáles: \_\_\_\_\_  
 Personal de riesgo: SI \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**ESTADO INMUNE**  
 Triple Viral: \_\_\_\_\_ Fiebre: \_\_\_\_\_ Pico: \_\_\_\_\_ Rubéola: \_\_\_\_\_ Sarampión: \_\_\_\_\_  
 Triple Bact.: \_\_\_\_\_ P. Amarillo: \_\_\_\_\_ Rabia: \_\_\_\_\_ Hepatitis A: \_\_\_\_\_ Hepatitis B: \_\_\_\_\_  
 H. Influenza: \_\_\_\_\_ Paratifo: \_\_\_\_\_ Meningitis: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_

Signos y Síntomas	F. Inicio	Laboratorio	Valores	Tipo Muestra	F. Toma
Fiebre		Leucocitos		Suero Agudo	
Cefalea		Linfocitos		Suero convul	
Dolor retro-ocular		Neutrófilos		Plasma	
Adenopatía		Eosinófilos		Sangre total	
Erupción (tipo)		Monocitos		H. nasal	
Tos		Plaquetas		H. faríngeo	
Resacas		Hemoglobina		H. rectal	
Miagra		Hematocrito		Resaca oral	
Artralgia		Urea		Secreciones	
Aurea		Creatinina		Líquid vesicula	
Decaimiento		BDOT		Esputo	
M. Hemorrágica (tipo)		BDPT		Begún	
Nevusas		Bilirrubina Total		Neuropatía	
Nódulo		Bilirrub. Directa		LCR	
Letargo		Bilirrub. Indirecta		Cereb. líquido	
Coluria		Fosfatasa alcalina		Orina	
Diarrea				Heceles	
Dolor Abdominal		LCR		Lav. Bronquial	
Hepatomegalia		Aspecto		Lav. Gástrico	
Espenomegalia		Cloquímica		Aspirados	
Pérdida del apetito		Proteína		Cepas	
Pérdida de peso		Celularidad		Otros	
Conjuntivitis		Glucosa			
Neuropatía		Hemáticas			
Sudoración		Otros			
Pérdida de la voz					
M. Neurológicas (tipo)					
Otros					

**OBSERVACIONES**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Médico Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_\_  
 Firma y sello del Servicio: \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 2. SIS-02 / EPI-10 - REGISTRO DIARIO DE USUARIOS POR MEDICO GENERAL**



**ANEXO N° 3. SIS-04/EPI-12 – REGISTRO SEMANAL DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA**





**FORMULARIO DE REGISTRO SEMANAL DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) E INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG) EN HOSPITALES CENTINELA**

ENTIDAD: \_\_\_\_\_ SEMANA EPIDEMIOLOGICA: \_\_\_\_\_  
 ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

		DOM	LUN	MAR	MIE	JUEV	VIÉ	SAB
< 6 meses	Total consultas							
	ETI							
	IRAG Hosp en Sala							
	IRAG Hosp en UTI							
6-11 meses	Muertes xIRAG							
	Total consultas							
	ETI							
	IRAG Hosp en Sala							
11-23 meses	IRAG Hosp en UTI							
	Muertes xIRAG							
	Total consultas							
	ETI							
2-4 años	IRAG Hosp en Sala							
	IRAG Hosp en UTI							
	Muertes xIRAG							
	Total consultas							
5-14 años	ETI							
	IRAG Hosp en Sala							
	IRAG Hosp en UTI							
	Muertes xIRAG							
15-24 años	Total consultas							
	ETI							
	IRAG Hosp en Sala							
	IRAG Hosp en UTI							
25-44 años	Muertes xIRAG							
	Total consultas							
	ETI							
	IRAG Hosp en Sala							
45-59 años	IRAG Hosp en UTI							
	Muertes xIRAG							
	Total consultas							
	ETI							
60-64 años	IRAG Hosp en Sala							
	IRAG Hosp en UTI							
	Muertes xIRAG							
	Total consultas							
65 años y más	ETI							
	IRAG Hosp en Sala							
	IRAG Hosp en UTI							
	Muertes xIRAG							

Total consultas: Anotar total de consultas (cons. externo + emergencia) por toda causa para cada grupo de edad.  
 ETI: Enfermedad Tipo Influenza atendidos en consultorios externos y en emergencia.

**ANEXO N° 5: TERAPIA ANTIVIRAL - NUEVA INFLUENZA A H1N1**

## OSELTAMIVIR

Nombre comercial:	Presentación:	Vía de administración:
Tamiflu®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polvo para suspensión (12 mg/ml)</li> <li>• Cápsulas de 75 mg (envase de 10 tabletas)</li> </ul>	Oral

- Está indicado en el tratamiento de pacientes mayores de un año de edad

Para los adolescentes (13 a 17 años de edad) y adultos, la dosis recomendada es la siguiente:

Adolescentes y Adultos	Dosis recomendada por 5 días	Quimioprofilaxis por 10 días
	75 mg cada 12 horas	75 mg cada 24 horas

Para los infantes mayores de 1 año de edad y para los niños de 2 a 12 años de edad las dosis recomendadas y la forma de preparación es la siguiente:

Peso	Dosis recomendada por 5 días	Volumen de solución a administrar*	Quimioprofilaxis por 10 días
≤ a 15 Kg.	30 mg cada 12 horas	2.0 cc	30 mg cada 24 horas
> 15-23kg	45 mg cada 12 horas	3.0 cc	45 mg cada 24 horas
> 24-40kg	60 mg cada 12 horas	4.0 cc	60 mg cada 24 horas
> 40kg	75 mg cada 12 horas	-	75 mg cada 24 horas

(\*) Instrucciones para la dilución de las cápsulas de Oseltamivir de 75 mg:

- Abrir una cápsula de 75 mg de Oseltamivir y diluir su contenido en 5 cc de agua potable a temperatura ambiente en un recipiente de vidrio (taza o vaso). Agitar durante dos minutos
- Retirar la cantidad requerida con una jeringa o un vasito dosificador calibrado.
- La preparación debe hacerse al momento de administrar el medicamento con cada dosis (USO INMEDIATO – NO GUARDE para una próxima dosis)

Para los niños menores de un año y a pesar de los limitados datos, debido al alto riesgo de morbimortalidad por la enfermedad, se pueden beneficiar del uso del Osetalmivir con la siguiente dosis:

Edad	Dosis recomendada por 5 días	Volumen de solución a administrar*	Quimioprofilaxis por 10 días
<1año	2 mg/kg de peso cada 12 horas	Ajustado al peso	2mg/kg de peso cada 24 horas

### ZANAMIVIR

Nombre comercial:	Presentación:	Vía de administración:
Relenza®	Polvo en envase de cuatro alvéolos de 5 mg cada uno	Inhalación

Está indicado en el tratamiento de pacientes mayores de siete años de edad.

Edad	Dosis recomendada por 5 días	Quimioprofilaxis por 10 días
Niños mayores de 7 años	Dos inhalaciones de 5-mg cada 12 horas	Una inhalación de 5-mg cada 24 horas
Adultos	Dos inhalaciones de 5-mg cada 12 horas	Dos inhalaciones de 5-mg cada 24 horas

### ANTIVIRALES EN 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, sólo deben usarse durante el embarazo 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.**

Tomando como base la “Guía clínica preliminar de prevención, diagnóstico y tratamiento del virus de la Nueva Influenza A H1N1” del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social del Gobierno Bolivariano de Venezuela, publicada en mayo de 2009.