



Gobierno **Bolivariano**
de Venezuela

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

VIGILANCIA, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE
LA NUEVA INFLUENZA A/H1N1

GUÍA PRELIMINAR

Caracas, mayo 2009

ASPECTOS GENERALES

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

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

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

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

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

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

En el último siglo ocurrieron tres grandes pandemias de Influenza: la primera ocurrió en 1918 (influenza del tipo A/H1N1) y fue responsable de la muerte de aproximadamente 40 a 50 millones de personas en todo el mundo, principalmente jóvenes; la segunda fue en 1957 (influenza de tipo A/H2N2) y la tercera en 1968 (influenza de tipo A/H3N2), con aproximadamente 2 y 1 millón de defunciones en todo el mundo, respectivamente. (1)

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

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

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

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

OBJETIVO DE ESTA GUIA

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

DEFINICIONES DE CASO

Caso Clínico de Infección respiratoria aguda: Persona que cursa con enfermedad caracterizado por inicio súbito de fiebre (temperatura igual o mayor a 38,5) cefalea, mialgias, astenia y síntomas respiratorios (tos y /o dolor de garganta, rinorrea), en ausencia de otros diagnósticos.

Caso Clínico de Infección respiratoria aguda grave: Persona que cursa con enfermedad caracterizado por inicio súbito de fiebre (temperatura igual o mayor a 38,5) cefalea, mialgias, astenia, con síntomas respiratorios (tos y /o dolor de garganta, rinorrea) y que además presenta dificultad respiratoria, que amerite hospitalización.

Caso Sospechoso de Influenza A/H1N1 Toda persona que cumple con la definición de caso clínico y que además, durante los últimos siete (7) días antes del inicio de la enfermedad:

- Ha tenido contacto cercano con un caso confirmado de nueva influenza A/ H1N1, ó
- Es procedente de un país con casos confirmados de influenza A/H1N1

Caso probable: Todo caso sospechoso, con resultado positivo para Influenza A por inmunofluorescencia directa o PCR ó Aislamiento del Virus de Influenza A, no tipificado como virus de Influenza A estacional.

Caso confirmado: Todo caso probable con resultado positivo para Influenza A/H1N1, por uno o más de los siguientes test; cultivo viral o PCR en tiempo real.

Contacto Cercano de Caso: Aquella persona que se encuentra en una cercanía aproximada de 1,80 metros con un caso confirmado de infección por Influenza A/H1N1.

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

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

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

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

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

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

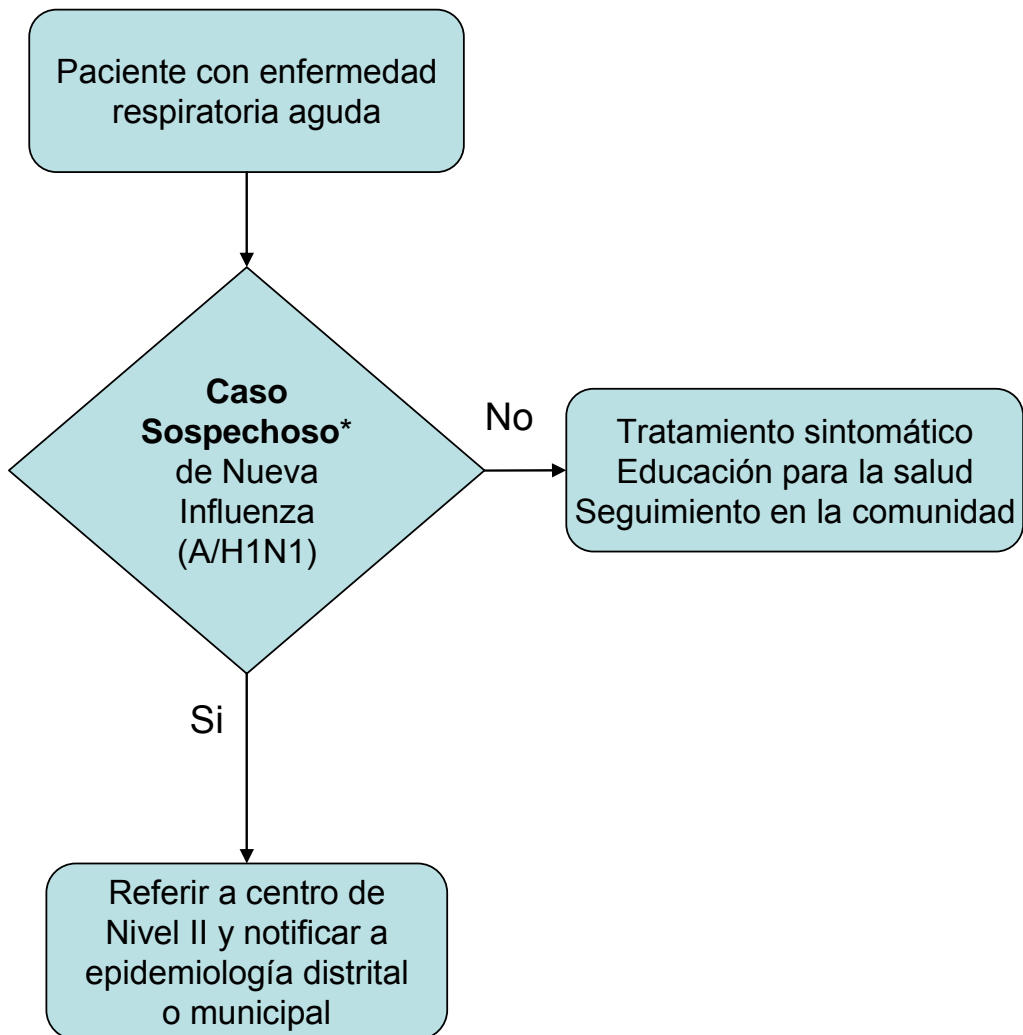
- Hospital Tipo III
- Hospital Tipo IV

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

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

Nivel I de Atención

(Identifica sospechosos, no toma muestra ni inicia tratamiento antiviral)

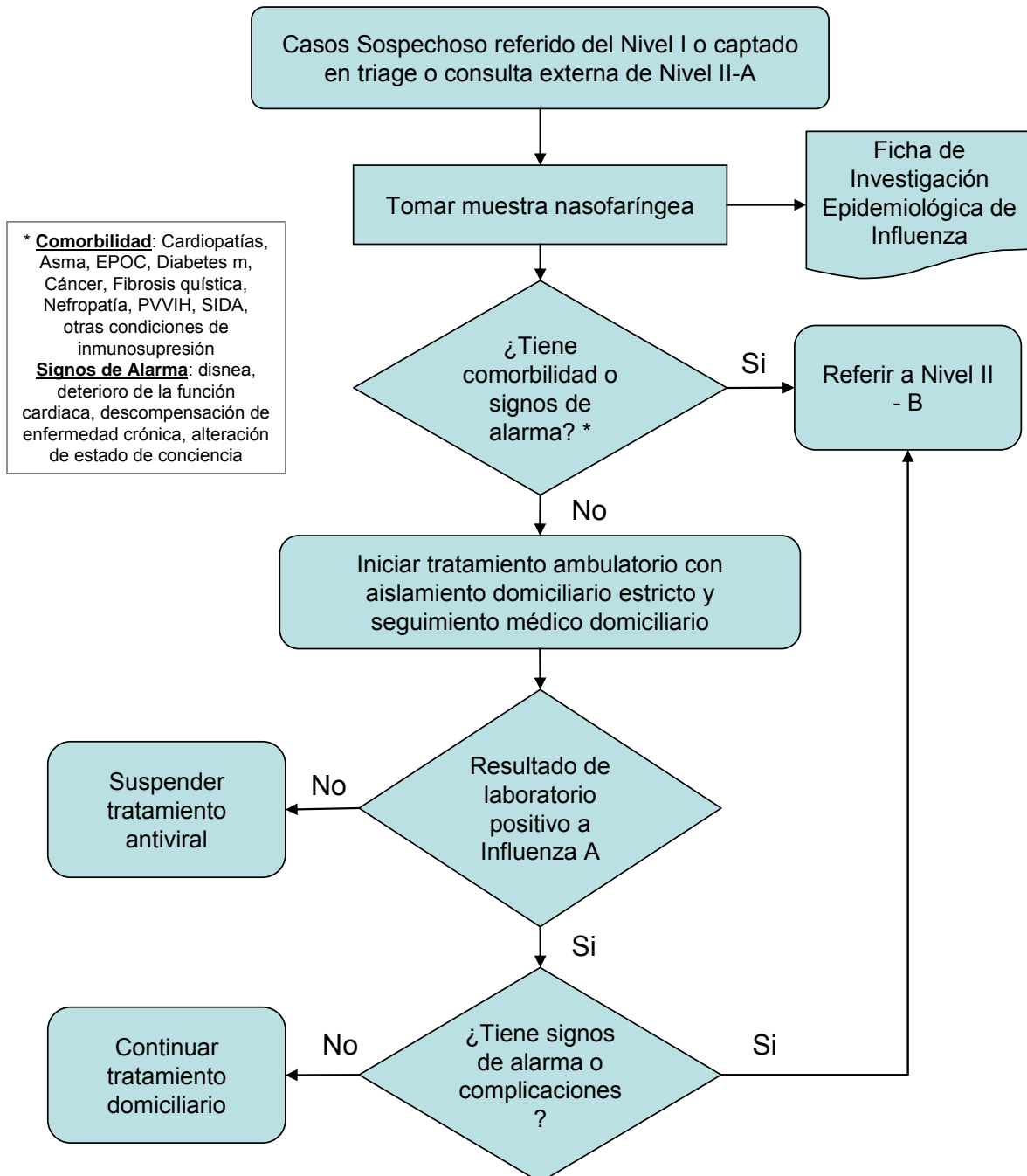


Casos Sospechoso de Nueva Influenza (A/H1N1):

- Todo consultante que presenta cuadro clínico caracterizado por: inicio súbito de fiebre ($\geq 38,5$ C) cefalea, mialgias, astenia y síntomas respiratorios (tos, odinofagia y/o rinorrea, y
- contacto cercano con un caso confirmado de Nueva influenza (A/H1N1) o procedencia de un país con casos confirmados de Nueva Influenza (A/H1N1)

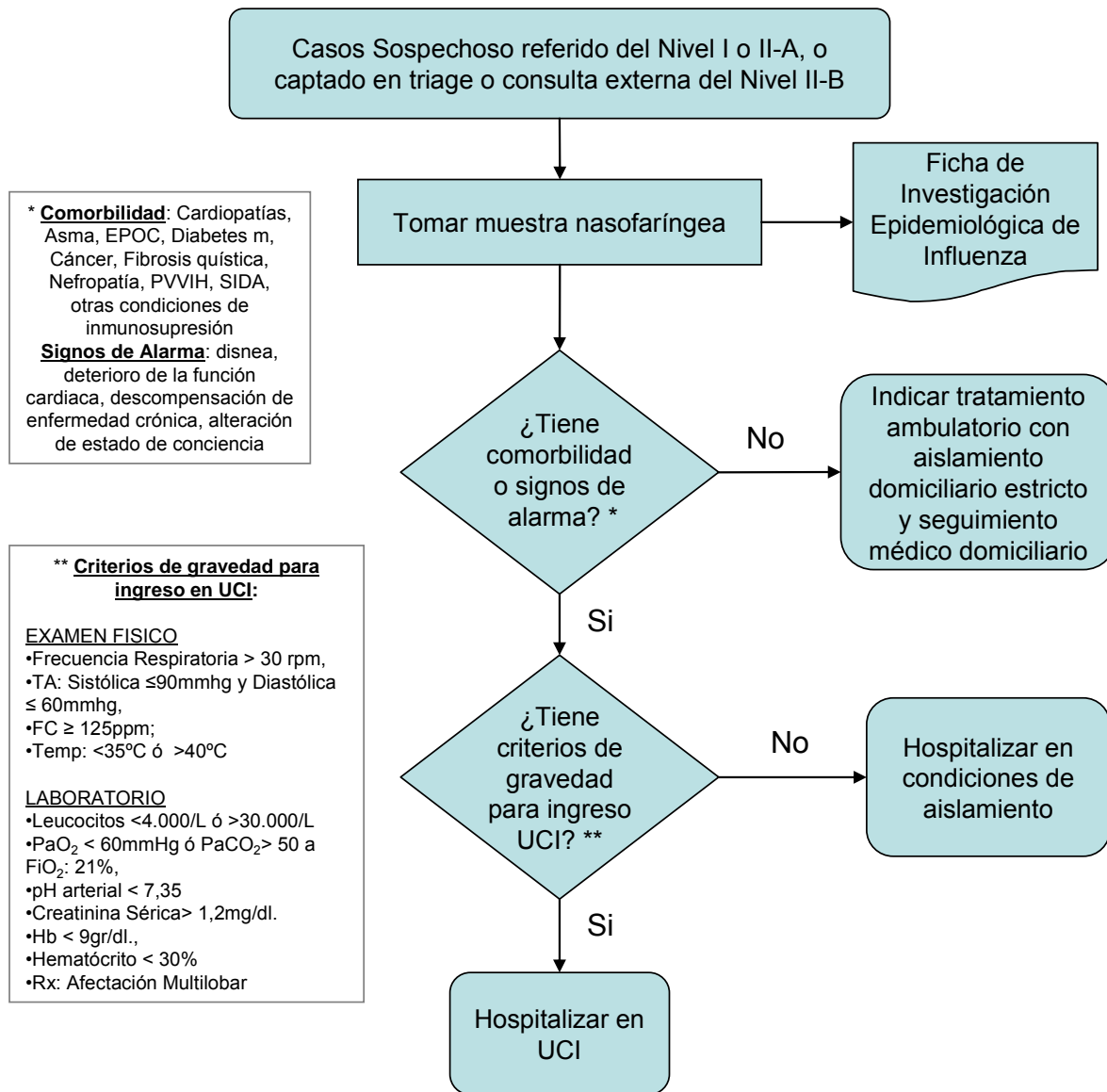
Nivel II-A de Atención

(Identifica y atiende casos referidos sospechosos de Nueva Influenza, tiene capacidad para tomar muestra e iniciar tratamiento antiviral, y no tiene capacidad para manejo de casos graves)



Nivel II- B de Atención

(Identifica y atiende casos referidos sospechosos de Nueva Influenza, tiene capacidad para tomar muestra e iniciar tratamiento antiviral y tiene capacidad para manejo de casos graves)



INTERVENCIONES NO FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON INFLUENZA A/ H1N1

I. Equipo de Protección Personal

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.

De acuerdo a lo planteado por la OMS, el equipo de protección personal consta de: bata, protector respiratorio, lentes o visor, guantes, gorro y cubrebocas. 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.

1. 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.

2. 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 um)

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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Cubrebotas

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

El equipo de protección personal debe ser utilizado por:

- ❖ El personal de salud que atienda a los casos sospechosos y confirmados y por aquellas personas que trabajan en situaciones en las que pueda producirse contacto con sangre, secreciones corporales o excreciones.
- ❖ El personal de laboratorio en contacto con los pacientes.
- ❖ El personal de limpieza y de lavandería 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.

La técnica de colocación ver anexo 5

II. Atención Prehospitalaria

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

1. Protegerse con el EPP.
2. Proporcionar inmediatamente al paciente y acompañante una mascarilla para cubrir la boca y la nariz a fin de activar el protocolo para la higiene respiratoria y el manejo de la tos.
3. Instruir al paciente para que proteja la boca y la nariz con pañuelos de papel al toser y estornudar.
4. Evaluar clínicamente al paciente e informarle su situación de salud.
5. No realizar exámenes complementarios en el ámbito ambulatorio

6. Mantener al caso sospechoso y al acompañante en un área o sala de espera separada del resto de los pacientes.
7. El personal de salud debe permanecer con el paciente hasta que se efectúe el traslado.
8. Notificar el caso al Servicio de Epidemiología Distrital.
9. Ventilar el local donde haya permanecido el caso sospechoso
10. Desinfectar y limpiar el área utilizando lejía diluida al 0.1% que equivale a 1.000 ppm de cloro (20 o 25 cc de lejía en 1.000cc de agua). En el caso que exista contaminación con sangre o materia orgánica es necesario aumentar la concentración de lejía.
11. Participar en el estudio epidemiológico y de contactos.

III. Traslado de Pacientes

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

- 1 El traslado de pacientes sospechosos debe realizarse en ambulancias.
- 2 El paciente sospechoso que haya consultado en el primer o segundo nivel de atención debe llevar al hospital una hoja de referencia.
- 3 Las ambulancias deben estar dotadas de cabina para el conductor, convenientemente aislada del área del enfermo.
- 4 El personal de salud de la ambulancia debe llevar puesta la bata, mascarilla, guantes y lentes desde la entrada al lugar donde se encuentre el paciente o sospechoso hasta el destino final. Al entrar en contacto con el paciente o sospechoso debe facilitarle inmediatamente la mascarilla.
- 5 El paciente o sospechoso debe utilizar la mascarilla durante todo el trayecto para reducir el riesgo de infección del personal de salud.
- 6 En la ambulancia no deben viajar familiares ni acompañantes, sólo el personal de salud.
- 7 El material contaminado en la ambulancia debe desecharse sólo en los contenedores de los hospitales provistos a tal fin

IV. Atención Hospitalaria

Los hospitales tipo III y IV, es decir, los de mayor complejidad deberán ser los receptores iniciales de los pacientes que requieran hospitalización por influenza pandémica. Si los hospitales tipo IV y tipo III sobrepasan la capacidad de respuesta, los pacientes serán atendidos en hospitales tipo II y I, de acuerdo a lo previsto en el Plan Regional. En dichos hospitales deben cumplirse previamente las siguientes condiciones:

- ❖ Seleccionar un consultorio de triage en el servicio de emergencia de adultos y pediátrica o los que fuesen necesarios, sólo para atender pacientes con patologías respiratorias.
- ❖ Los consultorios de triage deben contar con tres tipos de papeleras con pedal provistas de bolsas: para los desechos personales del paciente, para los lentes o visores no desechables y para los desechos biopeligrosos.

- ❖ Seleccionar dos áreas para hospitalización: sala de aislamiento para los casos sospechosos en los que aún no se ha confirmado el diagnóstico y sala de aislamiento para los casos confirmados.
- ❖ La distancia entre camas debe ser superior a 1 metro y las camas deben estar separadas por algún tipo de barrera física (biombos o cortinas).
- ❖ Las habitaciones preferiblemente deben tener wc, lavamanos y ducha.
- ❖ Las habitaciones deben contar con tres tipos de papeleras con pedal provistas de bolsas: para los desechos personales de los pacientes (se recomienda una por paciente), para los lentes o visores no desechables y para los desechos biopeligrosos.
- ❖ Fuera de las habitaciones debe colocarse una papelera para desechos biopeligrosos.
- ❖ Los consultorios de triage y las habitaciones deben estar provistas de pañuelos de papel, jabón o desinfectante y papel desechable para el secado de las manos.
- ❖ Determinar las rutas para el traslado de pacientes del servicio de emergencia a las salas de aislamiento y de estas a otros servicios si fuese necesario, por ejemplo, radiología y unidad de cuidados intensivos.
- ❖ La puerta del área de los consultorios de triage y de las salas de aislamiento deben permanecer cerradas.
- ❖ Colocar en la puerta un cartel explicativo sobre las normas a cumplir.

A. Recepción y selección de pacientes sospechosos de Influenza A/ H1N1

La recepción y selección de pacientes sospechosos de Influenza A/H1N1 debe realizarla el personal de salud de acuerdo a los siguientes procedimientos:

1. Utilizar el EPP.
2. Proporcionar inmediatamente al paciente y acompañante una mascarilla para cubrir la boca y nariz a fin de activar el protocolo para la higiene respiratoria y el manejo de la tos.
3. Instruir al paciente para que proteja la boca y la nariz con pañuelos de papel al toser y estornudar.
4. Evaluar clínicamente al paciente e informarle su situación de salud.
5. Identificar al paciente sospechoso de Influenza A/H1N1 y trasladarlo a la sala de aislamiento para casos sospechosos
6. Estar previamente seleccionado y capacitado sobre las medidas de intervención.

B. Hospitalización en la sala/habitación de aislamiento de pacientes sospechosos y pacientes confirmados

La hospitalización en la sala/habitación de aislamiento de pacientes sospechosos y pacientes confirmados debe realizarla el personal de salud de acuerdo a los siguientes procedimientos:

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

2. Facilitar información al paciente y acompañante sobre las normas de aislamiento
3. Colocar en la puerta de la sala/habitación un cartel señalando: PRECAUCION, ACCESO RESTRINGIDO, SOLO PERSONAL AUTORIZADO y un cartel explicativo sobre las normas a cumplir.
4. 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.
5. Colocar un carro fuera de la habitación equipado con el EPP. Es necesario designar un responsable que reponga el EPP permanentemente.
6. Colocar una lista de chequeo que sirva de guía para que el personal de salud se coloque y se retire el EPP.
7. Eliminar de la sala/habitación el mobiliario no esencial.
8. Reducir al mínimo las pertenencias personales del paciente.
9. Mantener al alcance del paciente todos los utensilios que sean necesarios para la higiene personal (pañuelos de papel, vaso de agua y otros).
10. 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.
11. 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°.
12. Enviar la vajilla al sistema habitual de lavado del hospital, separada de la vajilla de los demás pacientes para garantizar la desinfección. También, puede sustituirse por vajilla descartable, manejada de acuerdo al protocolo de desechos hospitalarios.
13. Limpiar y desinfectar la sala/habitación en cada turno de trabajo y cuando sea necesario para prevenir la transmisión de la infección.

C. Entrada del personal de salud a la sala/habitación de aislamiento.

La entrada del personal de salud a la sala/habitación de aislamiento de pacientes sospechosos y pacientes confirmados debe realizarse de acuerdo a los siguientes procedimientos:

- 1 Colocarse el EPP antes de entrar a la habitación.
- 2 Ponerse el EPP en el siguiente orden: primero el cubrebotas, segundo la bata, tercero el gorro, cuarto la mascarilla, quinto los lentes y sexto y último, los guantes.
- 3 Lavarse las manos antes y después del contacto con el paciente.
- 4 Evitar el contacto de las manos con la cara mientras esté atendiendo al paciente.
- 5 Asegurarse de llevar todo el material que vaya a ser utilizado en el interior de la habitación para evitar entradas y salidas innecesarias.

D. Salida del personal de salud de la sala/ habitación de aislamiento

La salida del personal de salud de la sala/habitación de aislamiento debe realizarse de acuerdo a los siguientes procedimientos:

1. Primero, retirar los guantes y desecharlos en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
2. Segundo, retirar los lentes y desecharlos en el recipiente de desechos ubicado en la habitación. Si los lentes no son desechables se colocarán en un contenedor ubicado en la habitación sólo para ese uso, para la posterior limpieza y desinfección.
- 3 Tercero, retirar la bata y desecharla en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
- 4 Cuarto, retirar el gorro y desecharlo en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
- 5 Quinto, retirar las botas y desecharlas en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
- 6 Sexto, retirar la mascarilla, sin tocar la parte delantera de la misma y desecharla en un recipiente de desechos ubicado fuera de la habitación.
- 7 Séptimo, lavarse las manos con agua y jabón durante 15 segundos y secarse con papel desechable fuera de la habitación.
- 8 Octavo, colocarse otra mascarilla fuera de la habitación.

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

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

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

F. Duración del aislamiento.

- 1 Si el caso es confirmado, el aislamiento debe estar en función de la situación clínica del paciente. En mayores de 12 años se recomienda el aislamiento durante una semana a partir del último día de la resolución de la fiebre y en menores de 12 años, 21 días después del comienzo de los síntomas.
- 2 Si el resultado de la investigación biológica es negativa, el paciente dejará de estar en la categoría de sospechoso de Influenza A H1N1 y las medidas de aislamiento dependerán de la nueva categoría en que quede catalogado de acuerdo al criterio clínico.

G. 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 la 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.

H. Higiene respiratoria y el manejo de la tos

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

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

I. Limpieza, desinfección, reciclaje de material y manejo de desechos peligrosos

El virus de la influenza A H1N1 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 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:

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

1. 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.
2. La limpieza y desinfección del material no desechable se realizará de acuerdo al procedimiento estándar.

3. 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.

V. Cuarentena Domiciliaria

A. Caso sospechoso de Influenza A/ H1N1 en cuarentena domiciliaria.

Aunque en principio, todos los casos sospechosos deberían estar en un hospital, podrían darse circunstancias que requieran estancia domiciliaria en cuarentena. En tal caso, el paciente debe cumplir los siguientes procedimientos:

1. Cubrir la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar.
2. Permanecer en una sola habitación dentro de la casa por un período mínimo de 10 días o de acuerdo a la prescripción médica.
3. Utilizar la mascarilla cuando vaya a mantener contacto con otra persona, la cual debe cambiar dos veces al día o cuando se humedezca.
4. Monitorear la temperatura corporal dos veces al día y vigilar la presencia de síntomas respiratorios.
5. No recibir visitas.
6. Lavar con jabón detergente y agua caliente los utensilios personales y no compartirlos con otras personas.
7. Limpiar las superficies contaminadas con fluidos corporales con un desinfectante, como lejía, utilizando guantes.
8. 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.

B. Contacto de caso sospecho de Influenza A/H1N1 en cuarentena domiciliaria.

El contacto se considerará sospechoso de Influenza A/H1N1 si comienza con fiebre mayor de 38°, tos, dificultad respiratoria, diarrea u otra sintomatología. Si presenta síntomas compatibles con la enfermedad (el mas probable es la fiebre) deberá ser referido al hospital tomando las medidas de precaución requeridas para el traslado.

El personal de salud debe registrar los nombres y apellidos, número de teléfono y dirección y proporcionarle un número de teléfono de consulta para las 24 horas del día.

El contacto que conviva con una persona sospechosa o confirmada de Influenza A/H1N1 debe cumplir los siguientes procedimientos:

1. No compartir los utensilios con los demás miembros de la casa.
2. Evitar el contacto cara a cara con otras personas
3. Utilizar mascarilla.
4. Lavar la vajilla y cubiertos con jabón detergente y agua caliente.
5. Utilizar lejía después de la utilización del wc.
6. Lavar la ropa personal y de cama en lavadora (ciclo caliente >60° a 70° grados) o con agua caliente en ausencia de la misma.
7. Monitorear la temperatura corporal dos veces al día y vigilar los síntomas durante 7 días después de la última exposición.

TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES

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

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

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

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

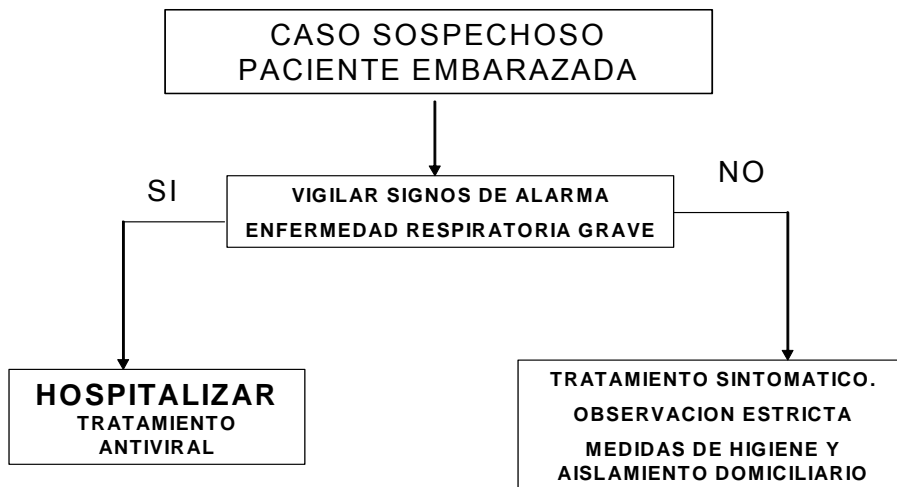
Algunas consideraciones en relación al tratamiento Antiviral

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

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

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

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



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

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.

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

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

TOMA Y MANEJO DE MUESTRAS NASO-FARINGEAS PARA VIRUS RESPIRATORIOS

Ver flujogramas anteriores que describen el nivel y momento en que se debe tomar las muestras.

MUESTRAS:

- Hisopado nasal o faringeo
- Lavado broncoalveolar
- En caso de defunción: tejido pulmonar.

MÉTODOS DE COLECCIÓN DE MUESTRAS: Los hisopos de recolección (VIROCULT) deben ser conservados en la nevera hasta el momento de su utilización.

- **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 Faringeo:** Frote vigorosamente con un hisopo ambas amígdalas y la faringe posterior y proceda como en el paso anterior.

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.
- Las muestras conservadas en el medio de transporte VIROCULT deben ser debidamente identificadas.
- 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)219.17.00 (División de Vigilancia

Epidemiológica), (0212)219.17.34 (División de Diagnósticos y Enfermedades Transmisibles).

- El Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” cuenta con los servicios de la Compañía MRW, para el envío de las muestras con cobro a destino, dicha compañía trabaja de lunes a sábado.
- Transporte: en hielo húmedo dentro de cavas u otros envases.
- En caso de no poder enviarla inmediatamente guardarlas en nevera a 4°C, NO CONGELARLAS, hasta el momento de su envío.
- Todo envío debe venir acompañado de una copia de la **Ficha de Investigación Epidemiológica (Anexo 1)**: agregando, teléfono de contacto, hora de salida de la región, hora probable de llegada al INH”RR” y servicio de transporte empleado.

RECEPCION INH”RR”:

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

Para mayor información:

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

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

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

MEDIDAS HIGIENICAS DE RUTINA PARA EL CONTROL DE INFECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Las siguientes medidas tienen evidencia de prevenir y controlar la diseminación de las enfermedades en los establecimientos de salud

- El lavado de manos reduce sustancialmente la flora transitoria de las manos y por lo tanto la incidencia de infecciones adquiridas en el hospital y en la comunidad (IA CDC, 2002)
- Los virus influenza y parainfluenza contaminan las manos durante 10 a 15 minutos y permanecen en las superficies inertes de 12 a 48 horas (Ib [E: Shekelle] Kampf, 2004)
- El equipo personal de protección consiste en guantes, botas y bata, entre otros. Las mascarillas son utilizadas para prevenir la inhalación de pequeñas partículas que contienen microorganismos que son transmitidos por gotas y por vía aérea IB/IC Siegel (CDC), 2007
- En la recepción de individuos sin evidencia clínica de enfermedad respiratoria aguda reciente, incluyendo el contacto cercano de casos confirmados de infección por influenza A porcina H1N1, no es necesario utilizar equipo de protección personal o quimioprofilaxis antiviral
- En la entrevista de un enfermo, caso confirmado o sospechoso de infección por virus de influenza A porcina H1N1, se recomienda:
 - Mantener una distancia mayor de 1.80 metros de la persona enferma si no se cuenta con barreras de protección
 - Utilizar mascarilla certificada tipo N95
 - Desechar el equipo de protección personal utilizado (mascarilla) en una bolsa de plástico para residuos peligrosos biológico-infecciosos

- Realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol gel (IA CDC, 2002D [E: Shekelle] CDC, 2009 D [E: Shekelle] WHO, 2009)
- En la atención de un enfermo no hospitalizado con infección respiratoria aguda, caso confirmado o sospechoso de infección por virus de influenza A porcina H1N1, se recomienda:
 - Designar para las áreas de manejo personal inmunizado contra influenza estacional (de preferencia) y evitar su rotación a otras áreas.
 - Utilizar equipo de protección personal que incluye mascarilla de N95 cuando se disponga, o en su defecto, mascarilla quirúrgica rígida, bata y guantes desechables y goggles
 - Desechar el equipo de protección personal utilizado y el material que haya estado en contacto con la mucosa nasofaríngea del enfermo en una bolsa de plástico para residuos peligrosos biológico-infecciosos.
 - Realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol gel
 - Descontaminar todo equipo utilizado durante la exploración de un enfermo; por medio de una gasa, torunda o toalla alcoholada
- Durante el traslado de un enfermo, caso confirmado o sospechoso de infección por virus de Influenza A porcino H1N1, se recomienda:
 - Colocar mascarilla quirúrgica rígida al enfermo
 - El personal debe utilizar mascarilla quirúrgica rígida y guantes desechables (no estériles) durante el traslado del paciente
 - El personal debe realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol gel, antes de colocarse la mascarilla y los guantes y también cuando sean retirados. (D CDC, 2009 [E: Shekelle] D[E: Shekelle] WHO, 2009)
- En un paciente hospitalizado, caso confirmado o sospechoso de infección por virus de influenza A porcina H1N1, se recomienda:
 - Cumplir de forma obligatoria las precauciones de aislamiento estándar, de contacto y por gotas durante los primeros siete (7) días a partir del inicio de la enfermedad o hasta que los síntomas hallan remitido
 - Designar para las áreas de manejo, preferentemente personal con inmunización para influenza estacional y evitar su rotación a otras áreas
 - Colocar mascarilla quirúrgica rígida de forma permanente al paciente, de acuerdo a sus condiciones clínicas
 - El personal de salud que atiende al paciente deberá utilizar equipo de protección personal que incluya mascarilla N95 cuando esté disponible o en su defecto, mascarilla quirúrgica rígida, bata y guantes desechables y goggles.
 - Desechar el equipo de protección personal utilizado (mascarilla) y el material que haya estado en contacto con la mucosa nasofaríngea de pacientes, en una bolsa de plástico para residuos peligrosos biológico-infecciosos
 - Realizar periódicamente lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol gel.
 - Descontaminar el equipo utilizado en la exploración; con una gasa, torunda o toalla alcoholada.
 - Debe utilizar el personal de servicios básicos o técnicos auxiliares para la entrada a los cuartos de atención: mascarilla quirúrgica rígida y guantes desechables; los cuales deberá eliminar en una bolsa de plástico para residuos peligrosos biológico infecciosos, posterior a su uso.

MANEJO DE CADÁVERES

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

- El manejo de cadáveres debe realizarse utilizando el Equipo de Protección Personal (EPP). La OMS recomienda que el personal de salud utilice el EPP completo si el fallecimiento se produjo dentro del período de transmisibilidad (7 días desde la resolución de la fiebre en adultos y 21 días desde el inicio de los síntomas en niños).
- Los cadáveres deben ser totalmente sellados en bolsas impermeables en la habitación donde se produzca el deceso.
- No debe ocurrir escape de fluidos corporales y la parte exterior de la bolsa debe estar limpia.
- El traslado a la funeraria debe ocurrir tan pronto como sea posible.
- Si la familia desea ver el cuerpo, pueden solicitar hacerlo. Si el paciente falleció en el período infeccioso la familia debe usar guantes y gorro.
- 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 protección con EPP completo, así como, la adopción de medidas para evitar la producción de aerosoles.
- Se deben desinfectar 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.
- El funeral debe realizarse de inmediato.
- Se debe instruir al personal del servicio funerario sobre las medidas a seguir.

PARTICIPACION 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.

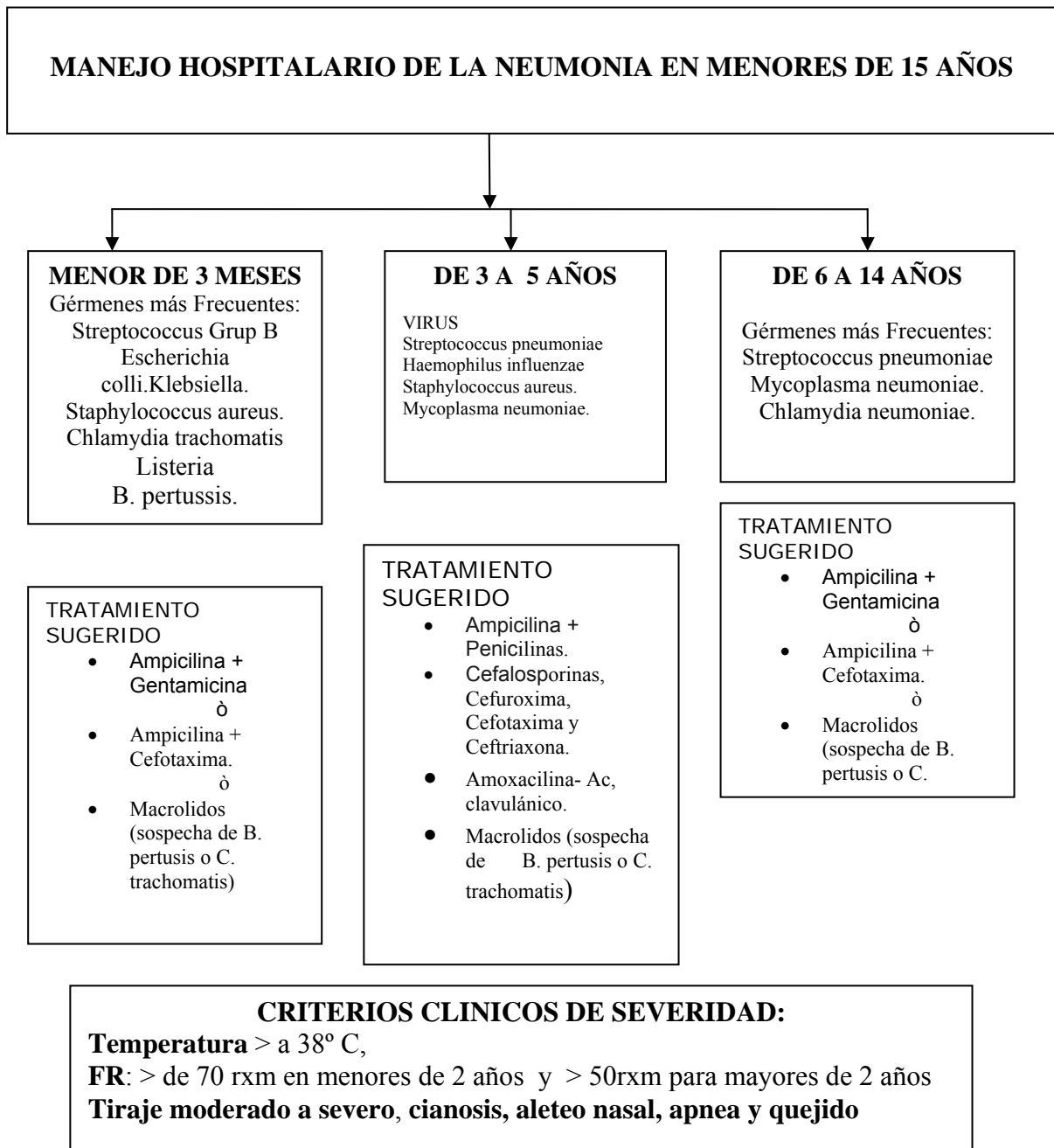
También se habla de de prevención terciaria, cuando un individuo o una comunidad, en base a las experiencias, por haber sufrido anteriormente una enfermedad o contagio, evita las causas iniciales de aquella enfermedad, en otras palabras evita un nuevo contagio basado en las experiencias previamente adquiridas.

Acciones a seguir para el abordaje del problema:

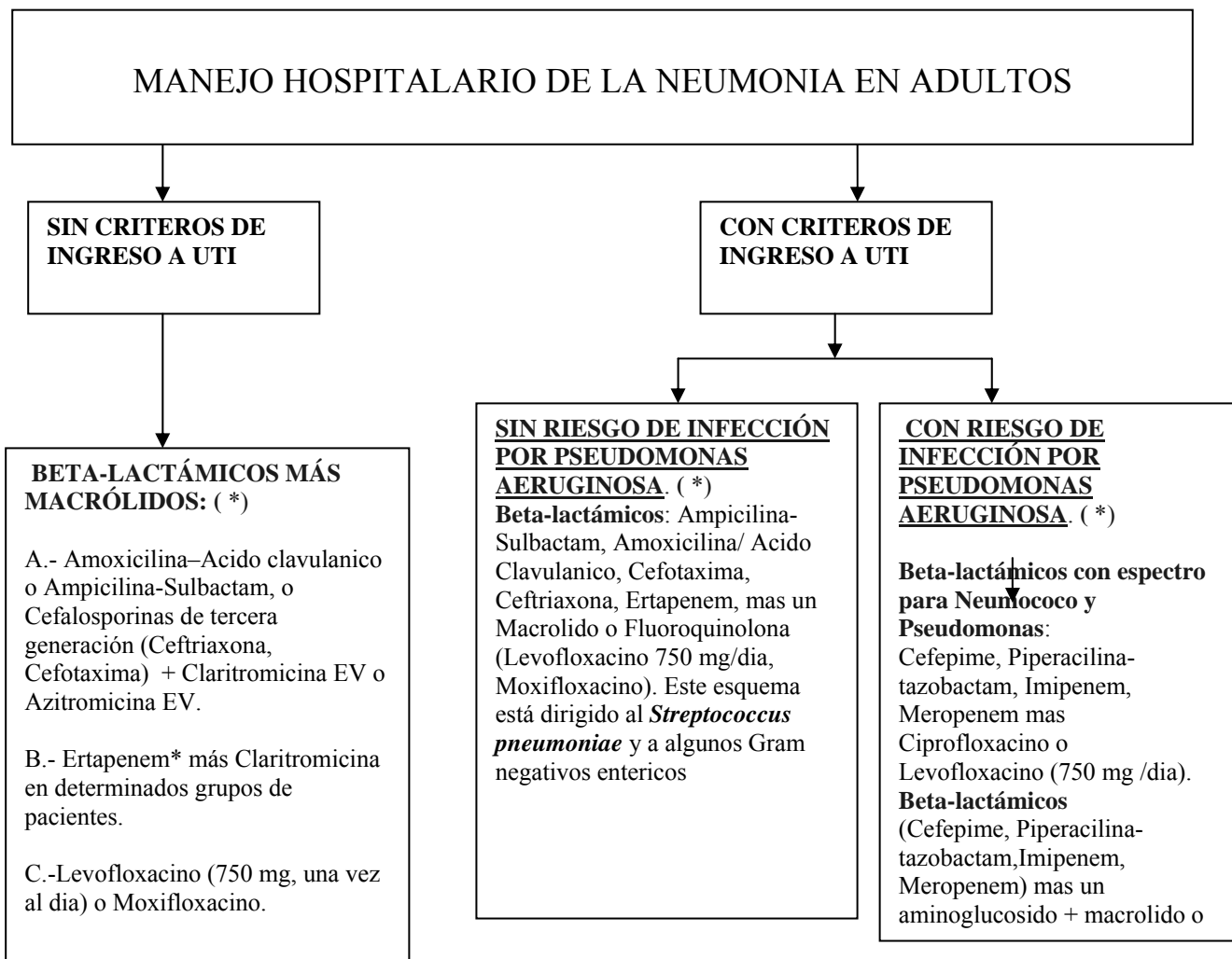
1. Establecimiento de mesas técnicas por Área de Salud Integral Comunitaria con participación de voceros de comités de salud y consejos comunales.
2. Elaboración de ficha de reporte para uso comunitario de casos sospechosos.
3. Elaboración de manuales de información para su distribución en las comunidades 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.

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

ANEXO 2



ANEXO 3



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

ANEXO 4. RÉGIMEN JURÍDICO DEL CONTROL DE PACIENTES EN CASO DE PANDEMIA

CONSTITUCIÓN 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**

ARTÍCULO 156

- ES DE LA COMPETENCIA DEL PODER PÚBLICO:.....:
- 22. EL RÉGIMEN Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.
- **23 LAS POLÍTICAS NACIONALES Y LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SANIDAD, VIVIENDA, SEGURIDAD ALIMENTARIA, AMBIENTE, AGUAS, TURISMO, ORDENACIÓN DEL TERRITORIO Y NAVIERA.**
- 24 LAS POLÍTICAS Y LOS SERVICIOS NACIONALES DE EDUCACIÓN Y SALUD, PÚBLICO Y EL DEFENSOR DEL PUEBLO.
- 33 TODA OTRA MATERIA QUE LA PRESENTE CONSTITUCIÓN ATRIBUYA AL PODER PÚBLICO NACIONAL, O QUE LE CORRESPONDA POR SU ÍNDOLE O NATURALEZA.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

ARTÍCULO 29: EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA ESTARÁ A CARGO DEL PERSONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SE PRESTARÁ CON UNA DOTACIÓN BÁSICA.DICHO NIVEL CUMPLIRÁ ACCIONES DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN FORMA AMBULATORIA SIN DISTINCIÓN DE EDAD, SEXO O MOTIVO DE CONSULTA.

ARTÍCULO 30: EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA CUMPLE FUNCIONES DE PROMOCIÓN,PROTECCIÓN, PREVENCIÓN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN FORMA AMBULATORIA DE AFECCIONES DISCRIMINADAS POR EDAD,SEXO Y MOTIVO DE CONSULTA,QUE REQUIEREN MÉDICOS ESPECIALISTAS Y EQUIPOS OPERADOS POR PERSONAL TÉCNICO EN DIFERENTES DISCIPLINAS.

ARTÍCULO 31: EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN CUMPLE ACTIVIDADES DE DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS EN PACIENTES QUE REQUIEREN ATENCIÓN ESPECIALIZADA CON O SIN HOSPITALIZACIÓN EN AQUELLOS CASOS REFERIDOS POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL.

ARTÍCULO 69: LOS PACIENTES TENDRÁN LOS SIGUIENTES DERECHOS:

1. EL RESPETO A SU DIGNIDAD E INTIMIDAD, SIN QUE PUEDA SER DISCRIMINADO POR RAZONES DE TIPO GEOGRÁFICO, RACIAL, SOCIAL, SEXUAL, ECONÓMICO, IDEOLÓGICO, POLÍTICO O RELIGIOSO.
2. ACEPTAR O REHUSAR SU PARTICIPACIÓN, PREVIA INFORMACIÓN, EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL EN SERES HUMANOS.
3. **RECIBIR EXPLICACIÓN EN TÉRMINOS COMPENSIBLES EN LO QUE CONCIERNE A SALUD Y AL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD, A FIN DE QUE PUEDA DAR SU CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTE LAS OPCIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS, A MENOS QUE SE TRATE DE INTERVENCIÓN QUE SUPONGA RIESGO EPIDEMICO, DE CONTAGIO DE ENFERMEDAD SEVERA, Y EN CASO DE EXTREMA URGENCIA.....**
7. UN TRATO CONFIDENCIAL EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU PERSONA.
8. SER ASISTIDO EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DONDE EXISTA LA DOTACIÓN ADECUADA DE RECURSOS HUMANOS Y EQUIPOS A SUS NECESIDADES DE SALUD, AUN EN SITUACIÓN DE CONFLICTOS LABORALES.....

ARTÍCULO 70: LOS PACIENTES TENDRÁN LOS SIGUIENTES DEBERES:.....

4. CUMPLIR LAS DISPOSICIONES LEGALES, REGLAMENTOS, RESOLUCIONES Y ÓRDENES QUE DPTEN LAS AUTORIDADES PÚBLICAS COMPETENTES EN BENEFICIO DE SU SALUD Y LA SALUD DE LOS DEMÁS.....

LEY DE EJERCICIO DE LA MEDICINA

ARTICULO 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 LEGLES, LES SEAN REQUERIDOS POR LAS AUTORIDADES.
2. RESPETAR LA VOLUNTAD DEL PACIENTE O DE SUS REPRESENTANTES MANIFESTADA POR ESCRITO, CUANDO ESTE DECIDA NO SOMETERSE AL TRATAMIENTO Y HOSPITALIZACIÓN QUE SE LE HUBIERA INDICADO. ESTA CIRCUNSTANCIA DEJA A SALVO LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO. SIN EMBARGO, **LA VOLUNTAD DEL PACIENTE NO PODRÁ PREVALECER EN CASOS EN QUE ESTÉN INTERESADOS LA SALUD Y EL ORDEN PÚBLICO CONFORME A LA LEY.**
3. ACTUAR EN FORMA ACORDE CON LAS CIRCUNSTANCIAS Y LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS QUE POSEAN EN LOS CASOS DE PACIENTES EN ESTADO DE INCONSCIENCIA Y DE URGENCIAS MÉDICAS QUE PUEDAN CONSTITUIR EVIDENTE PELIGRO PARA LA VIDA DE ÉSTOS.
4. PROMOVER EL INTERNAMIENTO EN ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS PÚBLICOS O PRIVADOS, DE PACIENTE QUE POR SU ESTADO SOMÁTICO, PSÍQUICO O POR TRASTORNOS DE CONDUCTA SIGNIFIQUEN PELIGRO PARA SI MISMOS O PARA TERCEROS.
5. DENUNCIAR ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES LAS CONDICIONES DE INSALUBRIDAD O DE INSEGURIDAD QUE OBSERVEN EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO, ASÍ COMO AQUELLAS QUE NOTEN EN LUGARES PÚBLICOS O PRIVADOS QUE CONSTITUYAN RIESGOS PARA LA SALUD O LA VIDA DE QUIENES A ELLOS CONCURREN.
6.

ARTICULO 26: ES OBLIGATORIO PARA TODO MÉDICO, EXCEPTO EN LOS CASOS DE COMPROBADA IMPOSIBILIDAD, PRESTAR SUS SERVICIOS EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1. CUANDO SE TRATE DE UN ACCIDENTE O DE CUALQUIERA OTRA EMERGENCIA.
2. CUANDO NO HUBIERE OTRO PROFESIONAL EN LA LOCALIDAD
3. CUANDO LA SOLICITUD DE SERVICIOS PORVENGA DE UN ENFERMO QUE ESTÁ BAJO SU CUIDADO.

ARTICULO 47: NO HAY VIOLACIÓN DEL SECRETO MÉDICO EN LOS CASOS SIGUIENTES:

1. CUANDO LA REVELACIÓN SE HACE POR MANDATO DE LA LEY
4. CUANDO EL MÉDICO HA SIDO ENCARGADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE PARA DETERMINAR SOBRE EL ESTADO FÍSICO O MENTAL DE UNA PERSONA.
6. CUANDO HACE LA DENUNCIA DE CASOS DE ENFERMEDADES NOTIFICABLES DE QUE TENGA CONOCIMIENTO ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.
7.

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

ARTÍCULO 69: EL ENFERMO TIENE DERECHO A:

1. EXIGIR DE LOS MÉDICOS QUE LO ASISTEN Y DE LOS DEMÁS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD UN ELEVADO GRADO DE COMPETENCIA PROFESIONAL Y A ESPERAR DE LOS MISMOS UNA CONDUCTA MORAL IRREPROCHABLE,
2. SER ATENDIDO EN FORMA RESPETUOSA Y CORDIAL POR LEL MEDICO Y POR LOS DEMÁS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD.
3. SER INFORMADO DE LA NATURALEZA DE SU PADECIMIENTO, DE LOS RIESGOS INHERENTES A LA APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y A CONOCER LAS POSIBLES OPCIONES.
8. REHUSAR DETERMINADAS INDICACIONES DIAGNÓSTICAS O TERAPÉUTICAS SIEMPRE QUE SE TRATE DE UN ADULTO MENTALMENTE COMPETENTE .EL DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN NO PUEDE SER ABROGADO POR LA SCIEDAD A MENOS QUE EL EJERCICIO DEL MISMO INTERFIERA LOS DERECHOS DE LOS DEMÁS. SI TAL DECISIÓN PONE EN PELIGRO

LA VIDA DEL ENFERMO, DEBE EL MÉDICO EXIGIR LA PRESENCIA DE TESTIGOS QUE DEN FE DE LA DECISIÓN DEL MISMO Y ANOTAR LA INFORMACIÓN PERTINENTE EN LA CORRESPONDIENTE HISTORIA CLÍNICA.

9.

ARTÍCULO 70 :EL ENFERMO DEBE:

- 1) CUMPLIR OBEDIENTEMENTE LAS PRESCRIPCIONES DEL MÉDICO Y NO PERMITIR SE LE PERSUADA A TOMAR MEDICAMENTOS SUGERIDOS POR PROFANOS.....

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

ARTICULO 23: MEDIDAS SANITARIAS A LA LLEGADA O A LA SALIDA

ARTICULO 30: VIAJEROS SOMETIDOS A OBSERVACIÓN DE SALUD PÚBLICA

ARTICULO 31. MEDIDAS SANITARIAS RELACIONADAS CON LA ENTRADA DE VIAJEROS.

ARTICULO 32 TRATO DISPENSADO A LOS VIAJEROS

ARTICULO 42 APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIAS

ARTICULO 43 MEDIDAS SANITARIAS ADICIONALES

LISTA DE CHEQUEO PARA COLOCARSE EL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SE COLOCA EN EL SIGUIENTE ORDEN:

- 1. CUBREBOTAS**
- 2. LA BATA**
- 3. EL GORRO**
- 4. LA MASCARILLA**
- 5. LOS LENTES DE PROTECCIÓN**
- 6. LOS GUANTES**

LISTA DE CHEQUEO PARA RETIRARSE EL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SE RETIRA EN EL SIGUIENTE ORDEN:

- 1. LOS GUANTES DESECHARLOS EN EL RECIPIENTE DE DESECHOS PELIGROSOS UBICADO EN LA HABITACIÓN.**
- 2. LOS LENTES DESECHARLOS EN EL RECIPIENTE DE DESECHOS PELIGROSOS UBICADO EN LA HABITACIÓN.**
- 3. LA BATA DESECHARLA EN EL RECIPIENTE DE DESECHOS PELIGROSOS UBICADO EN LA HABITACIÓN.**
- 4. EL GORRO DESECHARLO EN EL RECIPIENTE DE DESECHOS PELIGROSOS UBICADO EN LA HABITACIÓN.**
- 5. LAS BOTAS DESECHARLAS EN EL RECIPIENTE DE DESECHOS PELIGROSOS UBICADO EN LA HABITACIÓN.**
- 6. LA MASCARILLA SIN TOCAR LA PARTE DELANTERA DE LA MISMA DESECHARLA EN EL RECIPIENTE DE DESECHOS PELIGROSOS UBICADO FUERA DE LA HABITACIÓN.**
- 7. LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN Y SECADO CON PAPEL DESECHABLE FUERA DE LA HABITACIÓN.**
- 8. SE COLOCA OTRA MASCARILLA FUERA DE LA HABITACIÓN.**

**LISTA DE VERIFICACION SOBRE
PREPARACION Y RESPUESTA DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
ANTE UNA EPIDEMIA DE INFLUENZA
A- H1N1**