



CIRCULAR NORMATIVA

INFLUENZA

Vigilancia Epidemiológica, abordaje clínico, medidas de bioseguridad y estrategia de comunicación social.

Fundamentación.

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

"Tenemos hoy unos 800 casos sospechosos de gripe porcina, con 57 muertos, en la región de Ciudad de México", declaró a la prensa la portavoz de la OMS, Fadela Chaib. "Se han descubierto casos similares en la región de San Luis Potosí, en el centro de México", añadió.

"En Estados Unidos hay siete casos comprobados: cinco en California (oeste) y dos en Texas (sur)", indicó Chaib. Según ella, no se ha registrado ninguna muerte en Estados Unidos, donde el virus responsable de la enfermedad pertenece a la cepa H1N1.

Alerta para Vigilancia y Respuesta ante el aumento de casos de Gripe producida por una nueva cepa de virus Influenza A (Influenza A H1N1, cepa porcina) en un país no limitrofe.

La ocurrencia súbita de numerosos casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en personas de edades no generalmente afectadas por este tipo de enfermedad puede constituir el inicio de un brote potencialmente grave.

El anuncio de la OMS del aumento de casos de gripe producida por una nueva cepa de virus Influenza A, ocurridos en dos países del continente americano indica la necesidad de reforzar toda la red de vigilancia epidemiológica para:

- Detectar precozmente cualquier incremento en la notificación de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), por encima de los niveles de notificación históricamente observados, ya sea en el total de la jurisdicción o en áreas geográficas o grupos de población particulares.
- Identificar los agentes etiológicos circulantes y su distribución, y detectar la posible emergencia de nuevos agentes.
- Preparar los servicios de atención ambulatoria y de internación, tanto públicos como privados y de la seguridad social, y organizarlos para dar una respuesta apropiada al mayor número de consultas y demanda de internación.



- Difundir a la población las medidas preventivas y de promoción de la salud con el fin de reducir el impacto de las IRAG.

Infecciones Respiratorias Agudas Grave (IRAG)

Las IRAG son la forma de presentación de los cuadros sospechosos de Influenza (gripe) con evolución más grave que lo normal y que requieren internación.

Definición de caso IRAG:

- Aparición súbita de fiebre superior a 38 °C
- Tos o dolor de garganta
- Disnea o dificultad para respirar
- Necesidad de internación

Esta definición de caso de IRAG comprende diferentes cuadros de enfermedad respiratoria entre los que se encuentra la Enfermedad Tipo Influenza (ETI) y la Neumonía.

Enfermedad Tipo Influenza (ETI): enfermedad respiratoria aguda febril ($T > 38^{\circ}\text{C}$) con mialgias y/o postración, acompañada de tos, con o sin dolor de garganta, en ausencia de otro diagnóstico confirmado (no incluye los cuadros de vías respiratorias superiores o el resfrío común); con o sin confirmación de laboratorio por aislamiento viral, detección de antígenos en secreción naso-faríngea o conversión serológica.

Neumonía: enfermedad respiratoria aguda febril ($T > 38^{\circ}\text{C}$) con tos y dos o más de los siguientes signos: taquipnea, tiraje, disminución de la entrada de aire, matidez o crepitantes (rales finos al final de la espiración); con o sin confirmación radiológica (infiltrado lobar o segmentario, con o sin derrame pleural).

Antecedentes.

Se conocen tres pandemias ocurridas durante el siglo pasado. En ninguna de ellas se pudo conocer el momento en que se produjeron los cambios antigénicos de los virus de tipo A y en los tres casos fueron detectadas tardíamente.

1918-1919 Gripe Española (Virus influenza A H1N1). Provocó la mayor cantidad de muertes por Influenza de la historia: se estiman en 50 millones las muertes en todo el mundo, 500.000 solo en EE.UU. Gran parte de las defunciones se produjeron por acción directa del virus a los pocos días de la infección y otras se debieron a las complicaciones. La mitad de los fallecidos eran adultos jóvenes. Este virus circula aun en el mundo luego de reintroducirse en la década de los años 70.

1957-58 Gripe Asiática (Virus influenza A H2N2). La pandemia de se inició al norte de China en febrero de 1957, detectándose ya a mediados de abril de ese mismo año en Hong Kong y Singapur, desde donde se difundió a la India y Australia. Durante los



meses de mayo y de junio (verano en el hemisferio norte), el virus se extendió por todo el Oriente. Entre julio y agosto, pasó al norte de África y de allí a Europa y EU, casi simultáneamente, entre octubre y noviembre. En menos de diez meses el virus alcanzó una distribución mundial. Se estima provocó aproximadamente 500.000 muertes (70.000 solo en EU).

1968-69 Gripe de Hong Kong (Virus Influenza A H3N2). La tercera pandemia del Siglo XX se detectó en Hong Kong a mediados de julio de 1968, donde se habría producido la mutación que dio origen a un nuevo subtipo del Virus Influenza A (H3N2). El itinerario de la propagación parece haber sido el mismo que la anterior. Produjo aproximadamente 34.000 muertes en EE.UU. Esta cepa circula aun en el mundo.

1997. Un virus de alta patogenicidad en pollos perteneciente al subtipo H5N1 fue identificado en los mercados de aves vivas de Hong Kong, el que ocasionó 18 casos de infecciones documentadas en humanos, de los que fallecieron 8 personas. El virus fue eliminado gracias al sacrificio de todas las aves domésticas de esa ciudad. Sin embargo, ahora se sabe que los genes de ese virus continuaron circulando en distintas cepas de virus de la gripe en aves silvestres y domésticas, produciendo en los últimos años, brotes en Viet Nam, Pakistán, Indonesia, China, Myanmar y Egipto.

Gripe por A(H1N1)

Cambio de Fase 3 a Fase 4 en el Alerta de Pandemia de Influenza (29/4/09)

El Comité de Emergencias, establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005), ha celebrado su segunda reunión el 27 de abril de 2009. El Comité ha examinado los datos disponibles sobre los brotes confirmados de gripe porcina por A/H1N1 en los Estados Unidos de América, México y el Canadá. El Comité ha considerado asimismo los informes sobre la posible propagación a otros países. Con el asesoramiento del Comité, la Directora General de la OMS ha decidido elevar el nivel de alerta de pandemia de gripe de la actual fase 3 (sin diseminación humano a humano, o diseminación a contactos cercanos) a la fase 4 (uno o varios conglomerados pequeños con transmisión interhumana limitada y diseminación sumamente localizada).

En este marco, y siguiendo las recomendaciones de la OMS para países en los que aún no se han confirmado casos ni brotes de gripe porcina A/H1N1, todos los esfuerzos deben centrarse en la aplicación de las medidas de mitigación.

Cambio de Fase 4 a Fase 5 en el Alerta de Pandemia de Influenza: recomendaciones y medidas a adoptar (29/4/09)

La Directora General de la Organización Mundial de la Salud, con base en la información proveniente de los países miembros, decidió el miércoles 29 de abril de 2009, elevar el nivel de Alerta de Pandemia de la Fase 4 a la Fase 5. En esta Fase todos los países deben estar preparados para enfrentar la pandemia, cuyo inicio se considera inminente; por lo que los plazos para preparar la respuesta a fin de mitigar los efectos de la Pandemia, son cortos.

No hay riesgo de infección por este virus a través del consumo de carne de cerdo o productos del cerdo bien cocinados. Se considera prudente que las personas enfermas aplacen los viajes internacionales y que quienes presenten síntomas tras un viaje



internacional reciban atención médica, ateniéndose a las orientaciones de las autoridades nacionales. Se aconseja a la población que regularmente se lave bien las manos con agua y jabón y que solicite atención médica ante la aparición de algún síntoma gripal. La OMS no recomienda ninguna restricción de los viajes ni el cierre de fronteras. La OMS seguirá informando periódicamente de la situación en su sitio web. <http://www.who.int/csr/don/archive/year/2007/es/>

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Etapas y fases en la vigilancia de virus influenza.:

Período interpandémico:

Fase I

No se han detectado nuevos subtipos de virus de la influenza en el hombre. Pueden estar presentes en los animales algún subtipo de virus que haya causado infecciones en el hombre, pero en este caso, se considera que el riesgo de infección o enfermedad para el hombre es pequeño.

Período de alerta :

Fase III

Infección humana con un nuevo subtipo, pero sin que este se propague de humano a humano o lo haga tan sólo en raras ocasiones por contactos muy próximos.

Fase IV

Transmisión limitada de humano a humano en núcleos muy localizados, lo que sugiere que el virus no se ha adaptado muy bien al hombre.

Fase V

Transmisión a grupos mayores de humanos en núcleos todavía localizados, lo que sugiere que el virus se va adaptando cada vez mejor a los humanos, pero que todavía no se transmite demasiado bien. El riesgo de pandemia es sustancial.

Período pandémico:

Fase VI

Propagación sostenida y creciente a toda la población.

En virtud de la amenaza creciente de propagación de Influenza A H1N1, se requiere puntualizar los aspectos centrales de la vigilancia de Influenza, a saber:

1. Conocer el comportamiento histórico local de Influenza (Gripe) é IRA's Neumónicas para poder determinar carga de enfermedad en caso de circulación de la nueva cepa.
2. Vigilancia del Síndrome Febril Agudo durante todo el año.
3. Detección y notificación de sospechosos y casos de Influenza.



4. Identificación precoz de la circulación de una nueva cepa.
5. Diagnóstico de laboratorio.
6. Retroalimentación.

Definición de caso (Ministerio de Salud de la Nación - Alerta 6 Nacional, 30/5/09)

Sospechoso: Enfermedad Respiratoria Aguda Febril (fiebre superior a 38°C), con espectro de enfermedad que abarca desde enfermedad tipo influenza hasta neumonía, con nexo epidemiológico con personas relacionadas con países donde existe transmisión de Influenza A H1N1*.

Probable: individuo con prueba positiva para Influenza A, pero no sub-tipificable mediante los reactivos utilizados para detectar la infección por el virus de influenza estacional, o individuo con una enfermedad clínicamente compatible o que falleció de una infección respiratoria aguda no explicada y que se considera que tiene un nexo epidemiológico con un caso probable o sospechoso.

Confirmado: individuo con una infección por el virus de Influenza A(H1N1) confirmada por laboratorio mediante una o más de las siguientes pruebas:

RT-PCR a tiempo real

Cultivo viral

Aumento por cuatro en el título de anticuerpos neutralizantes específicos frente al virus de Influenza A(H1N1).

1. Conocer el comportamiento histórico local de las ETI's (Enfermedad Tipo Influenza, antes Gripe) é IRA's Neumónicas para poder determinar carga de enfermedad en caso de circulación de la cepa pandémica.

Además de disponer del canal endémico de ETI's é IRA's, se deberán obtener los siguientes datos históricos:

a.- N° mensual de egresos hospitalarios con diagnóstico de Influenza, ETI (ó Gripe), discriminando altas por fallecimiento, ocurridos en los últimos 5 años, agrupados en < de 5 años; 6 a 14; 15 a 64 y 65 y + años.

b.- Igual procedimiento para IRA's Neumonía.

1. Vigilancia y notificación del Síndrome Febril Agudo (SFA) durante todo el año.

A partir del 1/5/09, se deberá notificar semanalmente SFA, bajo la siguiente definición de caso:



Todo paciente que presenta fiebre (38°C o más) de menos de siete (7) días de duración, sin etiología definida, que puede estar acompañada de uno o más síntomas generales y / o manifestaciones clínicas de diferente localización.

Los nodos SNVS disponen ya de esa apertura; quienes utilizan planilla C2 papel, deberán agregar a mano, una fila asignada a SFA, en la parte inferior del cuadro de Enfermedades de Notificación Colectiva por grupos de edad.

Asimismo, esta información deberá ser volcada en un gráfico de series cronológicas para el monitoreo en cada Área Operativa. Para el caso de las regiones sanitarias de Capital, este gráfico deberá hacerse por región.

Esta modalidad de vigilancia no sustituye la que se instrumenta específicamente para Dengue en las AO de alto y mediano riesgo, la cual se seguirá aplicando bajo la forma de Notificación Negativa Diaria de Noviembre a Mayo de cada año.

3. Detección y notificación de sospechosos y casos de Influenza Estacional.

A fin detectar tempranamente cambios de comportamiento en la presentación habitual de las ETI's é IRA'S, es necesario el:

- Monitoreo y notificación semanal de las consultas por infecciones respiratorias agudas (IRA's) y Enfermedad Tipo Influenza (ETI), tanto en consultorios externos como en servicios de guardia.
- Monitoreo semanal de las hospitalizaciones por IRA's y ETI's con neumonía.
- Reporte semanal de ausentismo laboral por IRA's y ETI's con neumonía. (SIMELA central y delegaciones del interior).
- Toma y remisión de muestras.

4. Identificación precoz de la circulación de la nueva cepa.

En función de la extensión territorial que abarque la propagación del nuevo virus, el nexa epidemiológico mencionado en la definición de caso deberá, adecuarse a la situación local, a fin de ajustar la vigilancia a cada contexto.

4.1. Detección e investigación de brotes de ETI's graves.

La aparición de casos severos en persona previamente sanas que, además de los síntomas típicos de la Influenza (fiebre, cefalea, tos, odinofagia, artromialgias, adinamia, anorexia, astenia) presenten conjuntivitis, neumonía y distress respiratorio, obligan a establecer la existencia de contactos y casos sospechosos conexos, estudiando las variables de tiempo lugar y persona.

De existir sospecha con infección con virus A/H1N1, deberá realizarse un *Reporte de Brote de Influenza por Cepa Presuntamente Pandémica*, el que deberá ser adelantado inmediatamente finalizada la investigación epidemiológica - por la vía más rápida disponible - a la Coordinación Epidemiológica y remitido a posteriori por escrito vía fax ó e-mail.



De comprobarse circulación del virus pandémico en la provincia, se ajustarán las presentes normas para la vigilancia intensificada de grupos especiales, especialmente escolares de todos los niveles educativos.

5.2.- Seguimiento de noticias y rumores.

La captación de casos severos de una enfermedad suele estar precedida de noticias periodísticas y rumores, especialmente cuando estos han sido atendidos fuera del sector público.

Respecto a las noticias, el Plan de Contingencia prevé el desarrollo de un componente de comunicación social a ejecutar en cada localidad de la provincia.

En cuanto a los rumores, se deberán establecer canales expeditos para poder acceder a ellos (Escuelas Centinela, APS, Enfermería, líderes barriales, centros de jubilados, etc).

6. Vigilancia de laboratorio

La Provincia de Salta cuenta con una red de vigilancia centinela que fue organizada para mejorar la sensibilidad y especificidad en la detección de la circulación de virus respiratorios. Esta red tiene como cabecera provincial al Laboratorio de Virus Respiratorios del Hospital Sr. del Milagro que a su vez funciona como Unidad Centinela de Influenza (UCE). Esta UCE se encuentra asociada a la Red Nacional de Vigilancia de Influenza y al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica por el Laboratorio (SIVILA); nuestra jurisdicción participa con 15 nodos periféricos y uno central, actualmente en desarrollo, con base en el Programa de Bioquímica.

En esta situación, el laboratorio permite diferenciar los casos de Influenza A y B y otros virus respiratorios. Aquellos que resulten no descartables con los métodos disponibles se remitirán para aislamiento y tipificación en el ANLIS - MALBRAN.

Cada Zona Sanitaria dispone de médicos centinela y laboratorios entrenados en toma, acondicionamiento y remisión de muestras, a saber:

ZONA NORTE	ZONA SUD	ZONA CENTRO	ZONA OESTE
Colonia Santa Rosa	Güemes	Hosp. de Niños	Cachi
Orán	Metán	Hosp. San Bernardo	Cafayate
Embarcación	R. de la Frontera	Hosp. El Milagro	R. de Lerma
Tartagal	J.V. González	PNA (6 C. de .S.)	
Salvador Mazza	Lãs Lajitas		

6.1. Diagnóstico virológico

Las muestras clínicas recomendadas para el diagnóstico son: hisopados nasal (HN), faríngeo.(HF) y deben extraerse dentro de los 7 días desde el inicio del cuadro respiratorio. En caso de Neumonía, la muestra se extrae por aspirado nasofaríngeo.

El material debe ser colocado en un tubo con medio de transporte viral. Se aconseja usar medios semisólidos del tipo Virocult a los efectos de evitar derrames.



6.1.2.-Remisión de muestras.

El material de los hisopados y aspirados debe colocarse dentro de los medios provistos y conservarse siempre entre 4° y 8° C, hasta su acondicionamiento para el envío, el que debe hacerse refrigerado en triple envase, en las conservadoras provistas para tal fin y dirigidas al Laboratorio de Virus Respiratorios del Hospital Sr. del Milagro, *dentro de las 48 de extraído.*

Referir siempre el material acompañado de la **Boleta de Remisión de Muestra para Virus Respiratorios**, que se adjunta como ANEXO.

7.- Retroalimentación.

Durante el Período de Alerta se reenviarán a todas las Áreas Operativas - en el día - los Reportes de Brote de Influenza por Cepa Presuntamente Pandémica que se originen a todo nivel.

Durante el Período Pandémico, se emitirán boletines semanales de reporte de casos y tasas de morbilidad y letalidad por Influenza, por Área Operativa, hasta el cese de la transmisión.

8. Responsabilidades.

Las devengadas de las leyes, decretos y resoluciones relacionadas al desempeño de la función pública.

9. Anexos

I. Boleta de Remisión de Muestra de Virus Respiratorios.

II. Manejo clínico de la Influenza Humana y Aviar ante riesgo de pandemia.

III. Bioseguridad.

IV. Comunicación social

Desplegables:

- Actividades de Vigilancia Epidemiológica de la Influenza según período y fase.
- Algoritmo para el manejo clínico de la Influenza en los tres niveles de atención.

Med. Alberto Gentile
Coordinador Epidemiológico
Ministerio de Salud Pública - Salta



ANEXO I

TALON PARA EL LABORATORIO QUE REMITE

Apellido:Nombres:.....DNI:.....

Apellido y nombre del responsable del transporte:.....

Fecha:../../.....

Nº 000000



Periodo	Fase	Descripción	Nº 0000000
Inter-pandémico		MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PROVINCIA DE SALTA No se han detectado nuevos subtipos del virus de la influenza en los seres humanos.	
		BOLETA DE REMISIÓN DE MUESTRA PARA VIRUS RESPIRATORIOS Aplicar la definición de caso para esta fase interpandémica. Recolectar datos sobre IRAs y neumonías, según los procedimientos establecidos para la vigilancia regular de estas enfermedades.	
	Establecimiento:.....	Ciudad:.....	
	1.- DATOS DEL PACIENTE	Notificar los casos de estas enfermedades según las normas establecidas para la vigilancia regular en esta fase	
	Hospitalizado: <input type="checkbox"/>	Monitorear carga en <input type="checkbox"/> Ambulatorio: <input type="checkbox"/>	Monitorear carga en <input type="checkbox"/> Ambulatorio: <input type="checkbox"/>
	Apellido:.....	Monitorear el monitoreo de parámetros relacionados con Influenza, IRAs y neumonías.	Nombres:.....
	Domicilio real:.....	Mantener la descripción epidemiológica de los brotes epidémicos en términos de tiempo, lugar y persona.....	Edad:.....
	Fecha inicio síntomas:.....	Monitoreo de las hospitalizaciones por IRA por grupos de edad en hospitales de grandes ciudades.	Fecha toma muestra:.....
	Fecha:/..../.....	Monitorear la descripción epidemiológica de los brotes epidémicos en términos de tiempo, lugar y persona.....	Vacuna influenza <input type="checkbox"/>
		No se han detectado nuevos subtipos del virus de la influenza en humanos.	
Alerta pandémica	2.- ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	Mantener la descripción de los procedimientos para la fase interpandémica.	
	- Tiene antecedentes de casos en el territorio que ha reportado un proceso de propagación a un contacto cercano.	Se detecta en los últimos meses de la definición de los síntomas a una ciudad vírica para su propagación a una persona o como máximo raros casos de propagación a un contacto cercano.	
	Lugar visitado:	Identificación temprana de casos de enfermedad compatible con una nueva cepa.	
	- Ha tenido contacto con una persona con influenza.	Aplicar la definición de caso para la fase de alerta pandémica.	
	- Ha tenido contacto con una persona con muerte inexplicable.	Establecimiento de un Comité Local de Mitigación de Pandemia de Influenza y de la Sala de Situación.	
	3.- SÍNTOMAS CLÍNICOS.	Detección e investigación de brotes de Influenza y enfermedades respiratorias	
	Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/>	Estudio y registro de rumores.	Ras. Rinorrea <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/>
	Dolor de garganta <input type="checkbox"/>	Investigación y seguimiento de contactos.	Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
	Especificar:.....	Realizar difusión al público de la información en forma semanal.	
	Evolución:.....	Mantener informado al Comité de Diagnóstico y Vigilancia Epidemiológica.	
	Se detecta uno o varios conglomerados pequeños con transmisión limitada de persona a persona, pero la propagación es muy localizada, indicando que el virus no se adapta bien a humanos.		
Pandémico	4.- MUESTRA	Mantener la aplicación de los procedimientos indicados para la fase 3 de alerta pandémica.	
	Aspirado <input type="checkbox"/> Faringeo <input type="checkbox"/>	Identificación de grupos de alto riesgo para las complicaciones de la enfermedad	Hisopado <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/>
	Observaciones:.....	Establecer una vigilancia específica de la morbilidad en trabajadores de salud que brindan atención a los enfermos de influenza.	
	Fecha:/..../.....	Se detectan uno o varios conglomerados más grandes, pero la transmisión de persona a persona sigue siendo limitada, lo cual indica que el virus se adapta cada vez mejor a los humanos, pero no es aún plenamente transmisible (riesgo pandémico alto).	
		Mantener la aplicación de los procedimientos establecidos para la fase anterior.	
	Monitorear cuadros febriles y enfermedades respiratorias severas en trabajadores de la salud.		
	Pandemia: transmisión acrecentada y continuada en la población general.		
	Intensificar las actividades de vigilancia establecidas en las fases anteriores.		
	Mantener una vigilancia intensiva sobre la morbilidad y mortalidad por influenza		
	Identificar áreas y grupos de población con mayor riesgo de afectación.		
	Monitorear la disminución de la incidencia general y por regiones para determinar la evolución de la ocurrencia de la enfermedad e identificar el fin de la epidemia.		



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.
Ministerio de Salud Pública.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFLUENZA

ANEXO II

MANEJO CLÍNICO DE LA INFLUENZA ANTE RIESGO DE PANDEMIA



1. INTRODUCCIÓN

El anuncio de la OMS cambiando el Alerta Internacional sobre Influenza A H1N1 de fase 4 a fase 5 implica la necesidad de:

- Preparar los servicios de atención ambulatoria y de internación, tanto públicos como privados y de la seguridad social, y organizarlos para dar una respuesta apropiada al mayor número de consultas y demanda de internación.
- Difundir a la población las medidas preventivas y de promoción de la salud con el fin de reducir el impacto de las IRAG.

El transporte aéreo juega un rol decisivo en la propagación del nuevo virus y reduce el tiempo disponible para preparar la respuesta. Aunque se considera imposible detener la propagación de un virus pandémico, puede ser posible mitigar las consecuencias.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación ha formulado el “Plan nacional para la pandemia de influenza”, además de otros documentos normativos para la vigilancia epidemiológica y la difusión de información a la población. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta ha diseñado un Plan de Contingencia para la Mitigación de Pandemia de Influenza y conformó un comité ad-hoc para tareas y resultados específicos.

Este documento orienta sobre aspectos epidemiológicos, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento; también contiene un algoritmo básico para manejo de pacientes según nivel de atención.

Influenza Humana vs. Influenza Animal

La proximidad de humanos con aves y cerdos, cursando infección con cepas aviarias y humanas, facilita la emergencia de un subtipo viral que recombina antígenos de cepas animales y humanas. Una vez que ocurre esto, la transmisión y expansión se debe a la transmisión persona a persona.

Hay tres variedades de entidades en este proceso evolutivo de la Influenza hacia los humanos:

1. Una es la que se trasmite entre animales, preferentemente aves (aviar-aviar; porcina-porcina, etc).
2. Otra, la que se trasmite de animales al ser humano (generalmente aviar-humano; cerdo humano).
3. La tercera es la Influenza con un virus recombinado de proteínas de animal y de humano y que se difunde entre las personas (humano-humano).

El cuadro clínico que habitualmente se describe es el de la gripe humana producida por el Virus Influenza Tipo A. La experiencia mundial con el cuadro clínico



resultante de las recombinaciones virales surge de las pasadas pandemias, por lo que no hay razones para pensar que sea diferente, de suerte que la batería de síntomas y signos producida por la Influenza Humana constituye el parámetro para el diagnóstico de casos relacionados con la Influenza A H1 N1 en humanos.

“La Influenza es importante por la rapidez con que se propagan las epidemias, la morbilidad extensa y la gravedad de las complicaciones, en particular las neumonías vírica y bacteriana. Durante las grandes epidemias, los casos más graves y la muerte se producen principalmente en los ancianos y las personas debilitadas por enfermedades crónicas cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas, anemia o inmunosupresión”¹.

La influenza afecta a cualquier edad, aunque los grupos de riesgo están constituidos por los menores de 5 años, los mayores de 65 y las personas que padecen enfermedades crónicas. Pero en las pandemias por virus recombinados, como sucedió en la de 1918, hubo elevada mortalidad entre los adultos jóvenes, por la virulencia de los nuevos subtipos y la ausencia de inmunidad.

Los virus recombinados suelen tener alta patogenicidad y virulencia, ya que su nueva composición antigénica no puede ser reconocida por los anticuerpos del ser humano, lo cual propicia la invasión de otros órganos y sistemas, además del respiratorio.

2.- EPIDEMIOLOGÍA

La Influenza es una “enfermedad vírica aguda de las vías respiratorias que se caracteriza por fiebre, cefalalgia, mialgias, postración, coriza, dolor de garganta y tos”².

2.1.- Agente causal

Virus de la familia *Orthomyxoviridae*, género influenza A, B y C. Puede ser inactivado por calor a 56° C por 3 horas ó a 60° C por 30 minutos. No resiste el pH ácido, es inactivado por agentes oxidantes y desinfectantes como formalina y compuestos de yodo. Puede permanecer activo mucho tiempo en tejidos, heces y agua³.

Los subtipos se diferencian por las propiedades antigénicas de las glucoproteínas que se encuentran en la superficie del virus. Una es la proteína HA o hemaglutinina y otra la neuraminidasa o NA. La recombinación de una o ambas proteínas da lugar a la aparición de nuevos subtipos, como el A H5N1 ó el actual A H1N1.

¹ Organización Panamericana de la Salud. *El control de las enfermedades transmisibles*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2001. (Publicación Científica No. 581).

² Organización Panamericana de la Salud. *El control de las enfermedades transmisibles*. Washington, D.D.: OPS/OMS; 2001. (Publicación Científica y Técnica No. 581).

³ H5N1, en heces de aves de corral puede estar activo hasta 35 días y en agua de los bebederos - a la sombra - hasta 4 días.



Los virus que causan pandemia aparecen como resultado de un *cambio antigénico* que causa una modificación abrupta en el virus, como consecuencia de la recombinación impredecible de los antígenos (proteínas HA y NA) humanos y porcinos o aviarios. Esto da lugar a un nuevo subtipo, que comienza a circular y expandirse gracias a su virulencia y gran capacidad de transmisión.

Los virus de la Influenza Humana evolucionan constantemente por acumulación de mutaciones en todos sus genes, pero especialmente en la hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N), proteínas presentes en la superficie del virus.

Aparte de mutaciones puntuales, que pueden ocasionar brotes o pequeñas epidemias, los virus humanos de la Influenza A adquieren cada pocas décadas cambios drásticos de antigenicidad, dando origen a pandemias.

2.2.- Reservorio.

Los seres humanos lo son para las infecciones entre las personas. Sin embargo, los reservorios mamíferos (como los cerdos) y aviarios son fuentes probables de nuevos subtipos humanos que posiblemente surjan por recombinación genética durante la coinfección entre la cepa humana habitual con aquellos. Nuevos subtipos de una cepa virulenta - tal cual se sabe ahora H1N1 - con nuevos antígenos de superficie, ocasionan Influenza Pandémica al diseminarse en una población no inmune.

2.3.- Modo de transmisión

Fácilmente transmisible de persona a persona a través de las secreciones que se emiten al toser o estornudar; las gotas recién expelidas (> 5 micrones) - que no viajan más allá de 1 metro – son más infectantes. Cuando estas se desecan, flotan y forman el spray de Flüge, siendo las más involucradas en la transmisión durante las aglomeraciones y en espacios con poca ventilación.

Las secreciones depositadas en las superficies de la ropa, muebles o pañuelos facilitan la transmisión por contaminación de las manos. Estas secreciones infectadas pueden permanecer viables horas en un ambiente frío y con poca humedad.

La transmisión también puede producirse por contacto con heces, alimentos, agua, ropa y equipos contaminados.

2.4.- Período de incubación.

De 1 a 7 días para el virus de la Influenza A H1N1.

2.5.- Período de transmisibilidad

Probablemente de tres a cinco días desde el comienzo de los síntomas en los adultos; puede llegar a siete días en los niños de corta edad⁴. La mayor transmisibilidad se producen en las primeras 48 horas de concluido el período de incubación.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. *El control de las enfermedades transmisibles*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2001



“La excreción viral disminuye en forma progresiva hasta negativizarse entre el sexto y octavo días de iniciados los síntomas. Los pacientes inmunodeprimidos pueden excretar el virus por varios meses”⁵.

2.6.- Cuadro clínico

En algunas personas el cuadro clínico es muy similar a las enfermedades causadas por otros virus de las vías respiratorias. Puede variar desde el resfriado común, el crup, la bronquiolitis y la neumonía vírica, hasta las enfermedades respiratorias agudas indiferenciadas⁶.

Tanto la Influenza Estacional como la producida por el virus A H1N1 pueden reconocerse por sus características clínicas y epidemiológicas. Clínicamente, se presenta con:

- **Fiebre** de 38 grados centígrados o más. Dura de 2 a 3 días.
- **Cefalea** frontal, a veces intensa (aunque puede ser generalizada).
- **Tos** (improductiva al comienzo), generalmente intensa y duradera.
- **Dolor de garganta** (odinofagia) acompañado de eritema faríngeo.
- **Adenopatías cervicales**, pequeñas.
- **Fotofobia**.
- **Otitis media** en el 3-5% de los casos.
- **Nauseas, vómitos y diarrea**, han sido descriptos acompañando al cuadro respiratorio, especialmente en niños.

Caracteriza además a la Influenza, la postración manifiesta (**astenia, adinamia, anorexia**). Las mialgias y artralgias dificultan la movilidad; también existe hiperestesia cutánea.

En consecuencia, la influenza presenta un cuadro clínico aparatoso, debilitante, que difiere del resfriado común, incluso de aquel que se acompaña de fiebre, congestión nasal y malestar general.

Aparte de la tos, las demás manifestaciones son por lo general de curso limitado y el enfermo se restablece en el término de 2 a 7 días (“viene en tres días, se queda tres días y se va en tres días”).

El diagnóstico clínico en los niños está dificultado porque puede parecer una afección respiratoria provocada por un virus sincitial, parainfluenza u otros. Hay fiebre, tos, congestión nasal, irritabilidad, disminución del apetito, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, letargia, dificultad respiratoria y apnea en los menores de 3 meses. La fiebre puede ocasionar convulsiones.

“Las manifestaciones gastrointestinales como la náusea, el vómito y la diarrea son poco frecuentes, pero en los niños pueden acompañar a la fase respiratoria”⁷.

El diagnóstico es clínico en 80% de los casos. La tos y la fiebre son los síntomas que mayor correlación tienen con el diagnóstico apropiado de la enfermedad. El valor predictivo positivo de la asociación de tos y fiebre durante un período conocido de

⁵ Plan de enfrentamiento de pandemia de influenza, Chile 2005, anexo 1

⁶ El control de las enfermedades transmisibles.

⁷ OPS. El control de las enfermedades transmisibles.



influenza es de 79%. La fortaleza de esta asociación aumenta cuando el nivel de la fiebre se hace más alto.

En los casos graves, la enfermedad evoluciona hacia el distress respiratorio, que aparece después de una neumonía viral que presenta alteraciones radiológicas inespecíficas.

3. Definición de caso

Enfermedad Respiratoria Aguda Febril (fiebre superior a 38°C), con espectro patológico que abarca desde enfermedad tipo influenza hasta neumonía, más:

- Antecedente de haber visitado algún país, región ó ciudad donde hay transmisión de Influenza A H1N1 (este antecedente puede ser del enfermo o del contacto familiar), en los 10 últimos días.
- Contacto con otro enfermo con sintomatología similar.

3.1.- Caso confirmado

La confirmación diagnóstica se hace por laboratorio, con una muestra de secreción nasal o faríngea obtenida por aspiración, en un paciente que cumple una o más de las condiciones de caso sospechoso.

4.- COMPLICACIONES DE LA INFLUENZA

Las complicaciones de la Influenza pueden ser respiratorias y extra respiratorias.

4.1.- Complicaciones respiratorias

La más frecuente es la neumonía, provocada por la acción del mismo virus de la Influenza, por sobreinfección bacteriana o de origen mixto.

La neumonía bacteriana es la más común. Su aparición debe ser considerada en pacientes con fiebre severa, o reaparición de fiebre u otros síntomas de infección bacteriana en el tracto respiratorio después de que el cuadro de Influenza ha mejorado. El inicio del tratamiento antibiótico debe ser indicado sin esperar una confirmación del germen causante.

La Influenza también puede ocasionar Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) y descompensar un Asma Bronquial.

4.2.- Complicaciones extra respiratorias

- Miositis y Rabdomiolisis
- Síndrome de Reye
- Compromisos del sistema nervioso central (mielitis y Síndrome de Guillain Barré)
- Encefalopatía Necrotizante Aguda
- Miocarditis y pericarditis
- Síndrome de Choque Tóxico



5.- TRATAMIENTO

En el algoritmo de la última está el procedimiento de triage o clasificación, según tipo de Influenza y gravedad del enfermo, para manejo clínico en los tres niveles de atención, a partir de la presencia de síntomas de infección respiratoria, principalmente fiebre mayor a 38° C, tos y dificultad respiratoria, en cualquier paciente.

A partir de los síntomas de infección respiratoria, el algoritmo tiene el propósito de establecer, primero, si el paciente ha tenido un contacto sospechoso para Influenza A H1N1.

Luego, determinar si clínicamente es compatible con Influenza.

Seguidamente, decidir si el manejo puede ser ambulatorio ú hospitalario. En el primer caso prescribir el tratamiento normatizado y explicar claramente las medidas de higiene y cuidados en el hogar, además de entregar el folleto explicativo.

El inicio del tratamiento antiviral está reservado solo para aquellos pacientes que presentan complicaciones dentro de la 48 hs de comienzo de los síntomas.

5.1.- Antivirales

Hay dos variedades de antivirales contra la Influenza de acuerdo con su mecanismo de acción. Una inhibe la proteína M2 (Amantadina y Rimantadina) y la otra la Neuraminidasa (Oseltamivir y Zanamivir). Los más empleados son la Amantadina y el Oseltamivir. Este último es de elección en caso de sospecha de Influenza A H1N1.

5.1.1.- Oseltamivir

Es un antiviral selectivo contra la influenza A y B Se absorbe totalmente por vía oral y se transforma en su metabolito activo por acción de las esterasas intestinales y hepáticas. La absorción no se modifica con las comidas.

Administrado pocas horas después de instalados los síntomas de influenza disminuye la duración de éstos, mientras que cuando se lo administra a pacientes con influenza confirmada, disminuye la frecuencia y gravedad de infecciones bacterianas que resultan en sinusitis, bronquitis y neumonía.

Las reacciones adversas no son muy frecuentes, e incluyen náuseas, vómitos, cefalea, dolor abdominal e insomnio. Menos frecuentes son la diarrea, congestión nasal, dolor de garganta, tos, fatiga, mareos y vértigo.

El metabolito activo del Oseltamivir se excreta principalmente por vía renal, por lo que se recomienda reducir la dosis en pacientes con insuficiencia renal. No es necesario reducirla en ancianos ni en pacientes con insuficiencia hepática. La dosis terapéutica aparece en el siguiente cuadro.

El uso de oseltamivir se recomienda tanto para tratamiento como para la profilaxis de la influenza. Las dosis recomendadas actualmente son:

Tratamiento de la influenza:

Solo en el caso de pacientes que cumplen la definición de casos sospechoso o caso confirmado, con estricta indicación medica.



Adultos: 75 miligramos (mg) dos veces al día durante cinco días.

Niños de 1 año o más de edad: dosis ajustadas por el peso.

30mg dos veces al día para ≤ 15 kgs.

45mg dos veces al día para > 15 a 23 kgs

60mg dos veces al día para > 23 a 40 kgs

75mg dos veces al día para > 40 kgs

Para prevención de la influenza:

Solo en el caso de contacto cercano con casos sospechosos o casos confirmados, con estricta indicación medica

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:

30mg al día para ≤ 15 kgs

45mg al día para > 15 a 23 kgs

60mg al día para > 23 a 40 kgs

75mg al día para > 40 kgs

El uso de este medicamento sin indicación precisa expone a riesgos de efectos adversos y aumenta la probabilidad de resistencia.



ALGORITMO PARA EL MANEJO CLÍNICO DE LA INFLUENZA EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA ALTA
(tos y fiebre mayor a 38° C)

- Es contacto reciente con familiar o persona enferma con ETI?
- Llegó de un país ó región con epidemia de Influenza A N1H1?
- Es contacto reciente con persona que llegó de un país con epidemia de A /H1 N1?

Registrar en la HC uno o más de los antecedentes (+)

POSIBLE INFLUENZA ESTACIONAL

POSIBLE INFLUENZA A/H1 N1

- Postración y/o mucha debilidad
- Fuertes dolores óseos y/o musculares

- Postración y/o mucha debilidad
- Fuertes dolores óseos y/o musculares

NO

SI

SI

NO

NO ES INFLUENZA

POSIBLE INFLUENZA

FLUA N1H1 GRAVE

FLUA N1H1 LEVE

Tratar como IRA con o sin neumonía

MUESTRAS - Secreciones ri-nofaríngeas

OSELTAMIVIR (Antes de derivar)
Referir urgentemente al hospital para continuar tratamiento y exámenes de laboratorio

MUESTRAS - Secreciones ri-nofaríngeas

OSELTAMIVIR (Antes de derivar)
Asegurar la referencia ambulatoria al hospital para exámenes de laboratorio

- Aislamiento
- Hidratación parenteral
- Analgésicos
- Antibióticos según necesidad



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.
Ministerio de Salud Pública.

ANEXO III

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN INFLUENZA HUMANA



MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD A PARTIR DE LA DECLARACIÓN DE ALERTA

La prevención y protección de los trabajadores de salud es vital para enfrentar una situación de epidemia. En el caso de la Influenza Pandémica el impacto sobre los trabajadores de la salud puede ser significativo y afectar negativamente los resultados de la atención sanitaria de la población.

Tan pronto se declare alerta nacional por la presencia de casos de Influenza Porcina en humanos en provincias ó países vecinos, el personal de salud de hospitales y centros de salud, incluido el administrativo y de apoyo, debe adoptar las siguientes medidas, de forma obligatoria:

1.- GENERALES

1.1.- Preparación para la atención

- Cuando aumenta la demanda por afecciones respiratorias y durante el invierno, hay que establecer un procedimiento (de acuerdo con la infraestructura disponible) que permita separar a estos pacientes de los que consultan por otras patologías. Asimismo, hay que procurar dar prioridad a las personas con sintomatología respiratoria. Esto debe aplicarse en el primer nivel de atención y en los consultorios hospitalarios. Los casos graves suelen ingresar por Emergencias, pero también por consulta externa o, en algunas circunstancias, directamente a las salas nominadas para la internación de estos enfermos.
- El personal de salud debe instruir a los pacientes con patología respiratoria y/o a sus acompañantes que en tanto esperan ser atendidos, no deben compartir pañuelos ni otros artículos con otros pacientes, además de que deben taparse la boca y la nariz para estornudar y/o toser. Si hay pacientes con tos y estornudos frecuentes, hay que inducirlo a que se lave las manos y luego proporcionarles mascarilla.
- Aprovechar tanto la espera como la consulta para capacitar a los pacientes y sus acompañantes con respecto a los procedimientos en el hogar, a fin de evitar la transmisión a otros miembros de la familia. Hacer hincapié en el lavado de manos después de atender o tocar al familiar enfermo y en la separación de artículos contaminados con secreciones (juguetes, pañuelos y otros artículos personales).
- La conformación de las Unidades de Atención Domiciliaria (UAD's) es prioritaria y el personal afectado a las mismas debe cumplir todos los requisitos de bioseguridad.

1.3.- Indumentaria: la totalidad del personal debe utilizar ambo ó guardapolvo, el cual permanecerá en el establecimiento de salud. Debe ser lavado en el propio establecimiento con más frecuencia que de costumbre, en solución de lavandina. La persona que realiza el lavado debe usar guantes gruesos.



1.4.- Protección respiratoria y ocular: el personal que tiene contacto con enfermos sospechosos de infección con el nuevo Virus de Influenza A H1N1, debe mantener colocados barbijo N95 durante la jornada laboral.

1.5.- Lavado de manos

Para el caso específico de la Influenza, el lavado de manos está indicado:

- Al llegar al lugar de trabajo.
- Antes y después de examinar a una persona sana o enferma.
- Después de tocar instrumental o elementos que puedan estar contaminados.
- Después de manejar especímenes (como muestras de orina o heces fecales).
- Antes de calzar cualquier tipo de guantes.
- Después de quitarse cualquier tipo de guantes.
- Antes y después de ir al baño.
- Antes de salir del lugar de trabajo.

Es necesario despojarse de reloj y anillos. El agua y el jabón deben cubrir dedos, palmas y dorso de las manos. Entrelazar los dedos. Para el secado, utilizar toallas desechables o individuales. No lavar las manos con agua depositada en un recipiente; el agua debe correr.

2.- ESPECÍFICAS

2.1.- Prevención de la transmisión del virus influenza en el ámbito intrahospitalario.

Se debe capacitar al personal en el cumplimiento estricto de las recomendaciones y del lavado de manos después de atender al paciente, después del contacto con superficies contaminadas ó después de sacarse los guantes, asegurando la existencia de barreras protectoras para todo el personal. Para la prevención y control de infecciones deben aplicarse precauciones estándar para la atención de todos los pacientes hospitalizados aún sin la existencia de un diagnóstico confirmado.

2.2.- Precauciones estándar

- **Lavado de manos** antes y después de atender al paciente y después de manipular material o superficies que han estado en contacto real o potencial con secreciones o excreciones de los pacientes.

- **Uso de barreras protectoras:**

- Guantes para manipular secreciones o excreciones.
- Barbijo y protección ocular si hay posibilidad de salpicaduras sobre la cara.
- Delantal descartable si hay posibilidades de salpicaduras sobre la ropa.

- **Prevención de exposiciones a sangre y fluidos corporales.**

- **Prevención de exposiciones a cortopunzantes:**



- Uso de contenedores para su eliminación.
- No abandonar agujas desnudas.
- Uso de guantes gruesos para la manipulación de desechos.
- No recapsular agujas.

2.3.- Otras precauciones

- **Precauciones por gotitas:** usar mascarilla y protección ocular para acercarse a menos de un metro del paciente
- **Precauciones por contacto:** usar delantal para atender al paciente
- **Aislamiento:** de no contarse con habitaciones individuales, las camas deben estar separadas como mínimo a 2 metros entre sí y separadas con cortinas. Se debe limitar el traslado de los pacientes o su movilización dentro del hospital. En caso que esto fuera imprescindible, se debe avisar al sitio de destino y el paciente debe usar una mascarilla. El personal que traslada a los pacientes debe seguir iguales precauciones que las requeridas para su atención. Todas las superficies en contacto con el paciente durante el traslado deben ser limpiadas en forma apropiada. Se debe restringir el movimiento de personal entre áreas con y sin pacientes con influenza
- **Manejo de secreciones:** se deben establecer medidas para contener las secreciones respiratorias a todas las personas que presenten signos y síntomas de infección respiratoria, debiéndose cuidar que:
 - Se cubran nariz y boca al toser ó estornudar
 - Usen pañuelos desechables para contener las secreciones respiratorias.
 - Eliminen pañuelos usados en recipientes con bolsa ROJA y tapa.
 - Aseen sus manos luego de contacto con secreciones respiratorias u objetos contaminados.

Para todo ello será necesario adecuar las instalaciones y proveer los insumos necesarios

2.4.- Prevención de infecciones respiratorias en atención ambulatoria.

La atención ambulatoria se considera un factor de riesgo de transmisión, fundamentalmente por el hacinamiento de pacientes producto del aumento de la demanda y la simultaneidad de la atención, sin observar las precauciones necesarias con la concurrencia de pacientes susceptibles. Deben aplicarse precauciones estándar para la atención de todos los pacientes que consulten por síntomas respiratorios agudos en cualquiera de los establecimientos de atención primaria.

2.4.1.- Precauciones estándar

- Lavado de manos antes y después de atender al paciente y después de manipular material o superficies que han estado en contacto real o potencial con secreciones o excreciones de los pacientes.
- Uso de barreras protectoras:
 - ❖ Guantes para manipular secreciones o excreciones.



- ❖ Barbijo y protección ocular si hay posibilidad de salpicaduras sobre la cara.
- ❖ Delantal si hay posibilidades de salpicaduras sobre la ropa.
- Prevención de exposiciones a sangre y fluidos corporales.
- Prevención de exposiciones a cortopunzantes.
- Uso de contenedores para su eliminación.
- No abandonar agujas desnudas.
- Uso de guantes gruesos para la manipulación de desechos.
- No recapsular agujas.

2.4.2.- Precauciones por gotitas: usar barbijo y protección ocular para acercarse a menos de un metro del paciente

2.4.3.- Separación de los pacientes: en salas de hospitalización abreviada u otras donde se atiendan simultáneamente a más de un paciente, las camas deben estar a 2 metros como mínimo y separadas por una barrera física (biombo ó cortina).

2.4.4.- Desinfección: todas las superficies en contacto con los pacientes deben ser limpiadas con una solución de hipoclorito de sodio al 0,05%.

2.4.5.- Uso de antisépticos: clorhexidina, povidona yodada, triclosán o alcohol gel pueden usarse para el lavado de manos.

2.4.6.- Instrumental: el instrumental de examen debe desinfectarse antes de usarlo en cada paciente.

2.4.7.- Utensilios de los pacientes: deben ser lavados y desinfectados con hipoclorito de sodio al 0,05%.

El personal con síntomas compatibles debe ser excluido precozmente de la actividad laboral.

2.5.- Precauciones adicionales

- El aislamiento físico es de rigor.
- Restringir al máximo los horarios de visita.
- Examinar a los visitantes para detectar sintomáticos respiratorios.
- Limitar el traslado de pacientes o su movilización dentro el hospital.
- Todas las superficies de contacto durante la atención del paciente deben ser limpiadas de forma apropiada y frecuente (explicar el procedimiento de limpieza y la solución a emplear, así como el desecho del material de limpieza).
- El personal que trabaja en unidades ó servicios ajenos a la atención de enfermos de Influenza, no debe circular por los espacios destinados a estos y viceversa.
- Personal con síntomas de patología respiratoria aguda debe ser licenciado con carpeta médica por 7 días, debiendo pedir médico desde el domicilio.

2.6.- Recomendaciones sobre el uso de barbijos

En el contexto actual del país con relación al Alerta de Pandemia de Influenza por el Nuevo Virus de Influenza A(H1N1), las recomendaciones con relación al uso de



barbijos aprobadas por el Comité Asesor del Ministerio de Salud de la Nación son las siguientes:

1. El uso de los Barbijos N95 debe estar prioritariamente dirigido al personal de salud que está a cargo de la atención de pacientes con sospecha de infección por el Nuevo Virus de Influenza A(H1N1).
2. El personal al que se asigne el uso de Barbijos N95 debe cumplir estrictamente las siguientes normativas de uso:
 - a. Deben probarse el modelo de barbijo que van a utilizar para asegurarse que les quede bien ajustado y deben saber determinar si hay un contacto hermético entre la máscara y la cara.
3. El personal que tenga que realizar una técnica que requiera contacto cara a cara con pacientes (por ejemplo, una técnica de aspirado) debe utilizar el Barbijo N95 más un barbijo común de tela. El barbijo de tela deberá ser descartado como residuo patológico una vez concluido el procedimiento.
4. El tiempo de uso del Barbijo N95 es de 7 días cuando se trabaja con pacientes 7 horas por día, o 15 días cuando se trabaja con pacientes 4 horas por día.
5. El personal de aeropuertos y otro personal deben utilizar barbijos comunes y descartarlos cada 24 horas o al finalizar la jornada de trabajo.
6. Las personas que sean calificadas como casos sospechosos de enfermedad por el Nuevo Virus de Influenza A(H1N1) deben utilizar barbijo
7. No es necesario que la población general utilice barbijos en la fase actual.

2.7.- Procedimientos para el manejo de pacientes y manipulación de secreciones en diferentes contextos

DESTINATARIO	ATENCIÓN AMBULATORIA	EN HOSPITALIZACION
Personal que atiende directamente al sospechoso ó enfermo	Recortarse las uñas de las manos. Lavado de manos antes y después de atender al paciente y luego de manipular material o superficies que han estado en contacto real ó potencial con secreciones ó excreciones de los pacientes. Uso de: Guantes para manipular secreciones ó excreciones. Barbijo y protección ocular. Guardapolvo de tela y delantal descartable. Prevenir la exposición a secreciones y sangre. Prevenir la exposición a material cortopunzante.	idem



Personal de apoyo	Recortarse las uñas de las manos. Uso de guantes gruesos para manipular secreciones o excreciones. Prevenir la exposición a secreciones y sangre. Prevenir la exposición a material cortopunzante. Todas las superficies en contacto con los pacientes deben ser limpiadas con una solución de hipoclorito de sodio al 0,05%.	Idem
Materiales	Uso de contenedores para eliminar material cortopunzante. No abandonar agujas desnudas. No recapsular, romper ni doblar agujas.	Idem
Los desechos	Si los pañuelos utilizados para limpiarse la nariz son desechables, no eliminarlos en la calle ni echarlos en basureros públicos. Quemarlos en el domicilio.	Receptáculo cercano para la eliminación de pañuelos desechables utilizados por el paciente. El depósito debe contener una bolsa plástica ROJA.
Pacientes y familia-res	Recortarse las uñas de las manos. Taparse la boca con un pañuelo para toser y estornudar. Lavado frecuente de manos. Los familiares que manipulan pañuelos y objetos contaminados con secreciones respiratorias, deben lavarse las manos luego de la manipulación (mejor si utilizan guantes gruesos, pero igual lavarlos luego del procedimiento).	Recortarse las uñas de las manos. Uso de mascarilla (o taparse la boca con un pañuelo para toser y estornudar). Uso de pañuelos desechables. Lavado frecuente de manos. Visita restringida de familiares (deben utilizar mascarilla o barbijo). Receptáculo cercano para la eliminación de pañuelos desechables utilizados por el paciente. El depósito debe contener una bolsa plástica ROJA.



ANEXO IV

**COMUNICACIÓN y MOVILIZACIÓN SOCIAL
PARA MITIGAR UNA EVENTUAL PANDEMIA DE
INFLUENZA**



1.- Introducción

La estrategia plantea la priorización de públicos destinatarios comenzando con la información al interior del Gobierno, dejando la comunicación y movilización social masiva para un segundo momento.

La razón es lograr una efectiva respuesta del Gobierno ante la presunta contingencia sanitaria que representa una pandemia de Influenza, cuestión que debe estar asegurada antes de hacer una comunicación y movilización social masiva.

Existe el riesgo que, debido al exceso de información - tipo avalancha - generada por los episodios de Influenza Porcina en distintas parte del mundo, al momento de necesitarse difundir medidas concretas de mitigación, se produzcan efectos paradójicos ó indeseables en la respuesta institucional, social y comunitaria.

2.- Objetivo

Lograr que los medios de comunicación actúen como un elemento ordenador y sensibilizador, para despertar el interés de la población en la aplicación de las medidas de promoción y protección que se recomienden desde el Comité Provincial de Mitigación de la Pandemia de Influenza, con el fin de reducir al máximo posible la transmisión de la enfermedad.

2.1.- Objetivos específicos

- Informar veraz, necesaria, relevante, técnica y propositivamente a todos los funcionarios de niveles de decisión del Gobierno, en torno al tema de la posible Pandemia de Influenza.
- Facilitar la consecución de información veraz, técnica, completa y relevante sobre el tema, a los periodistas de los diferentes medios de comunicación que cubren el área.
- Lograr el mayor número de intervenciones en los medios de comunicación para hacer visible el tema con información técnica y cercana.
- Lograr la sensibilización de la población susceptible y de la ciudadanía en general.

3.- Destinatarios

3.1.- Público priorizado: de acuerdo con el objetivo planteado, se debe priorizar el público interno del Gobierno definido éste, en un primer momento, por las carteras de Salud, Educación, Gobierno y Economía.

3.1.2.- Públicos aliados:

- Trabajadores de la Salud (gremios, sindicatos y asociaciones profesionales).
- Sociedades científicas.
- Centros vecinales.
- Centros de jubilados.
- Autoridades municipales.
- Comunicadores, periodistas y productores de programas.



- Policía, Fuerzas Armadas, Gendarmería Nacional.
- Partidos políticos.
- Empresas Privadas.
- Iglesias.
- ONG's.

4.- Condiciones necesarias

Si bien no existe experiencia en este tipo de intervenciones sociales, se deberá enfrentar el riesgo de la comunicación abierta, ya que esta es una parte esencial de la respuesta en una pandemia.

- Existencia de portavoces oficiales.
- Coherencia y veracidad sobre la evolución de la situación sanitaria local, nacional é internacional.

5.- Claves de información, comunicación y movilización

- Destacar las acciones desarrolladas por el Estado en la preparación y prevención de la pandemia.
- Informar sobre cuáles son las poblaciones de riesgo y cómo prevenir la enfermedad.
- Mantener en alerta a la población, dándole información completa acerca de esta pandemia, sin crear alarmas.
- Los mensajes para los niveles de decisión en las organizaciones priorizadas, deben ser transmitidos en reunión del gabinete de crisis ó comité ad-hoc, presidido por el Ministro de Salud Pública.
- La asignación de roles específicos de las organizaciones - según nivel de alerta - debe ser estipulada por instrumento legal.
- La definición de las personas destinatarias de los públicos señalados debe hacerse de acuerdo a los parámetros de control territorial, control de infraestructura y control de servicios de apoyo con que cuentan.
- Se deberá procurar una buena relación con los comunicadores profesionales, capaces de colaborar con la elaboración de mensajes exactos y oportunos, antes y durante la pandemia.
- Se deberán programar conferencias de prensa periódicas, las cuales podrán hacerse diaria durante la crisis.

6.- Contenidos

- Información básica sobre el virus de la influenza y su epidemiología.
- Reproducción de parte oficiales de la OMS/OPS sobre la evolución de la situación mundial de la Influenza.
- Información sobre las medidas efectivas para el control de una pandemia.
- Reseña de las atribuciones legales que permiten la implementación de las medidas útiles para el control de la Influenza, especialmente las relacionadas a la limitación forzosa de la actividad social.



7.- Estrategias de Información, Comunicación y Movilización

- Liderazgo del Poder Ejecutivo Provincial.
- Comunicación interpersonal directa, acompañada de plegable impreso a los públicos priorizados y aliados definidos.
- Movilización social barrial y parroquial.
- Realización de cortos para radio y televisión.
- Realización de talleres dirigidos a las organizaciones priorizadas.

8.- Acciones para la implementación.

- Investigación diagnóstica rápida sobre niveles conocimiento, percepciones, sentimientos y prácticas de los públicos priorizados y aliados con relación a la Influenza.
- Ajuste y adecuación del Plan de Comunicación
- Producción y logística de los materiales a comunicar.
- Coordinación intra e intersectorial
- Adecuación de tácticas locales de comunicación en cada municipio.
- Elaboración de un presupuesto.
- Cronograma de implementación.

8. Materiales

- Plegables informativos sobre la Influenza Porcina según públicos elegidos.
- Normas técnicas y afiches para uso interno del Personal de Salud.
- Afiches para usuarios de hospitales, clínicas, centros de salud y farmacias.
- Volantes informativos sobre las medidas de seguridad para toda la población.
- Micro Informativo para radio con información sobre Influenza Porcina, las medidas de seguridad y las acciones desarrolladas por el Estado
- Spots para TV sobre las medidas de seguridad.
- Video documental con todo lo relacionado con la pandemia y las medidas de seguridad
- Afiches en español é inglés para dar información en el Aeropuerto y terminales de ómnibus.

9. Acciones Inmediatas

- Intervenciones de los expertos en epidemiología del Ministerio de Salud en programas de opinión de TV y Radio.
- Suministrar información permanente acerca de los últimos avances de la Influenza Porcina a través de entrevistas y notas de prensa.