

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)

**Fase IV a VI de Pandemia
28 de abril de 2009**

Introducción:

La emergencia de una nueva cepa de virus influenza Tipo A H1N1 de origen porcino con capacidad de transmisión interhumana en México y EEUU produjeron un alerta epidemiológico a nivel mundial y causaron un gran impacto sanitario, social y económico con aumento de la morbimortalidad en los grupos afectados.

El riesgo de ocurrencia de una pandemia por una nueva cepa viral, para el cual la población mundial es altamente susceptible, está generando respuestas coordinadas internacionales para garantizar la oportunidad y adecuación de las medidas de prevención y control que se requieran implementar.

Nuestro país y provincia deben contar con capacidad para hacer frente a un escenario epidemiológico cambiante, dado el fácil traslado, a grandes distancias, de personas infectadas.

Situación mundial actual_ Países con casos confirmados o sospechosos al 27/04/2009

- **México:** 1614 casos sospechosos y 149 fallecidos (20 confirmados). Letalidad cercana al 8%
- **EEUU:** 40 casos confirmados (7 fallecidos), 25 sospechosos. 3 estados afectados
- **Canadá:** 6 casos confirmados
- **España:** 1 caso confirmado
- **Gran Bretaña:** 2 casos confirmados
- **Brasil:** 1 caso sospechoso
- **Colombia:** 9 casos sospechosos
- **Suiza:** 5 casos sospechosos
- **Nueva Zelanda:** 10 casos sospechosos
- **Israel:** 1 caso sospechoso
- **Suecia:** 5 casos sospechosos

Fases de riesgo para pandemia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado fase IV al momento actual, pero por las características de tener dos países afectados con transmisión comprobada interhumana parece que estamos más cerca de la fase V

- La **Fase IV** se caracteriza por la verificación de que un virus de gripe de origen animal, o humano y animal se ha transmitido entre personas con la capacidad de provocar brotes localizados. La capacidad del virus de causar brotes sostenidos de la enfermedad en una población marca un cambio significativo en el riesgo de pandemia. Cualquier país que sospecha o ha verificado este hecho debe consultar inmediatamente con la OMS par evaluar la situación de manera conjunta y decidir la implementación de una operación de contención rápida de la pandemia. La fase 4 indica un aumento

significativo del riesgo de pandemia pero no significa necesariamente que la pandemia se haya producido.

- **La Fase V implica que el virus se ha expandido en al menos dos países en la misma región (por ejemplo, México y Estados Unidos en América). Aunque la mayoría de los países no se hayan visto afectados en esta fase, la declaración de Fase 5 es una señal contundente de que la pandemia es inminente y que queda poco tiempo para finalizar la organización, comunicación e implementación de las medidas para mitigar los efectos.**

- **La Fase VI, la fase de pandemia, indica que ha habido brotes en al menos otro país en otra región. Esta fase indica que se aproxima una pandemia global.**

Potencial pandémico del virus:

Su elevado **potencial pandémico** se debe a:

1. Un **cambio antigénico mayor** que produce una modificación importante en el genoma viral exclusiva del virus tipo A como consecuencia de su genoma segmentado y de su circulación en diferentes especies animales, lo cual puede generar la recombinación de genes dando lugar a un subtipo diferente de virus circulante en humanos que puede tener potencial pandémico (5, 6,7).
2. **Trasmisibilidad elevada** por mecanismo directo (vía aérea por pequeñas y grandes gotas), potenciada en ambientes cerrados, y también debe considerarse la forma indirecta a través de objetos contaminados.
3. **Reservorio:** En las infecciones humanas el principal reservorio son las personas infectadas.
4. **Susceptibilidad alta para la población mundial**
5. **No existen medidas preventivas específicas efectivas (vacuna específica para esta cepa)**

Morbilidad:

Se estima que en períodos epidémicos varía entre 10 al 20 % en población general pero puede elevarse al 30 ó 50% en pandemias lo cual hace colapsar los servicios asistenciales requiriendo estrategias especiales y medidas extraordinarias a través de la puesta en marcha de planes de contingencia internados.

Durante las pandemias estas tasas pueden superarse como la observada para 1918-19 que fue mayor del 40 % en población general. Tasas de ataque del 10 % causan problemas comunitarios, del 25 % desbordan los servicios comunitarios, colapsan los servicios de salud y tasas del 50 % provocan un desastre (8).

Mortalidad:

Por lo general se producen aumentos en la mortalidad general en los períodos epidémicos indicando su impacto. Este aumento no sólo es debido a neumonías, sino también a otras enfermedades cardio-pulmonares y enfermedades crónicas que pueden ser exacerbadas por la infección con el virus.

En las pandemias la mortalidad puede ser muy elevada dado que no sólo afecta a los grupos de riesgo.

Complicaciones:

De todas las complicaciones, la más frecuente y que mayor amenaza para la vida es la neumonía, siendo más usual la bacteriana, menos común la asociación viral - bacteriana y rara la viral. También están descritas:

Bronquitis, bronquiolitis, croup y otitis media.

Complicaciones cardíacas: Miocarditis, pericarditis y endocarditis.

Complicaciones renales, hepáticas y compromiso del Sistema Nervioso Central.

Debemos considerar también la exacerbación de bronquitis crónica, asma y fibrosis quística. (8)

Ante cepas nuevas la aparición de cuadros respiratorios graves y complicaciones cardiopulmonares sin factores de riesgo asociados pueden ser llamativas.

Costo socioeconómico:

En los periodos inter-pandémicos es muy elevado por ser causa frecuente de ausentismo laboral y escolar, inadecuado e innecesario consumo de medicamentos, alta demanda de asistencia ambulatoria y necesidades de internación. Cuando se da una pandemia estos costos son increíblemente altos por las consecuencias que conllevan las medidas asistenciales y diagnósticas, las acciones de control y de prevención que pueden implicar cese de actividades productivas, transporte, afecta notablemente el turismo y el comercio.

Medidas inmediatas: Puesta en marcha de Planes de contingencia para pandemia

La responsabilidad del manejo del riesgo de una pandemia de influenza es de las autoridades nacionales, jurisdiccionales y locales.

Su misión consiste en hacer el mejor uso de los recursos disponibles para reducir la extensión de la enfermedad, prevenir la ocurrencia de situaciones de emergencia secundarias y aplicar medidas que contribuyan a controlar el pánico en las poblaciones afectadas.

El Plan de Respuesta Integrada para Pandemia de Influenza y SARS, se basa en:

- Una Comisión Asesora para la institucionalización del Plan.
- Los lineamientos de organismos internacionales rectores.
- La generación de Consensos interinstitucionales.

El Plan se prepara con el fin de minimizar los efectos de una Pandemia de Influenza o SARS, a través de la preparación con anticipación para:

- Un número excesivo de enfermos y defunciones.
- Diseminación de la cepa pandémica facilitada por transporte aéreo.
- Desborde de Servicios de Salud.
- Paralización de las economías.
- Sus efectos sobre el orden social.

El Plan para la respuesta integrada para SARS / Pandemia de Influenza se organiza en base a los siguientes ejes:

- a. Coordinación general
- b. Vigilancia
- c. Vacunas y antivirales
- d. Respuesta a la emergencia: Planificación de los servicios de salud
- e. Comunicación.

Objetivo general:

Minimizar los efectos sobre la morbilidad y la mortalidad de una potencial pandemia de influenza en el territorio nacional y provincial, como así también sobre las repercusiones económicas y sociales, y el funcionamiento de los servicios esenciales.

La coordinación general será ejercida por el Comisión Ejecutiva del Comité Operativo de Emergencia Sanitaria Provincial (COESP) en concordancia con el Comité Coordinador General y la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA) del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

El alerta que da inicio a las actividades de respuesta se origina en la Dirección de Epidemiología. Esta alerta determinará que la DINESA active el Comité Operativo de Emergencias Sanitarias (COES.)

El abordaje de la situación de pandemia supone el desarrollo de tres momentos:

a. Toma de conocimiento

Momento en que el sistema, por las múltiples fuentes de información es alertado de la contingencia.

b. Análisis de Situación de Salud para la Toma de decisiones**c. Comité Operativo de Emergencias Sanitarias**

El COES una vez confirmada el alerta iniciará las gestiones para que se declare la emergencia y se active el Plan.

Este comité se encuentra integrado por el Director de Emergencias Sanitarias, Director de Epidemiología y referentes del programa de control y prevención del trauma, inmunizaciones, abastecimiento, control de infecciones- Infectología, red de laboratorio, organización de establecimientos, Salud ocupacional y Salud mental, comunicaciones.

En el ámbito nacional y provincial, su propósito es planificar, programar y dirigir las acciones, promoviendo la integración con las instituciones y organizaciones públicas y privadas de las distintas áreas involucradas para la atención de la situación de emergencia.

Los propósitos del COES en el marco de la situación de Pandemia son:

- Elaborar y actualizar periódicamente los planes nacionales y provinciales, según corresponda, en colaboración con los actores intra y extra-sectoriales involucrados en el abordaje de una situación de pandemia de influenza.
- Promover el desarrollo de planes de contingencia para pandemia de influenza en los distintos niveles jurisdiccionales y su operatividad a nivel local.
- Coordinar por la puesta en práctica de los planes y de los preparativos a todos los niveles.
- Poner a prueba los planes de contingencia y su adecuación y revisión según resultados.
- Coordinar la planificación y la respuesta con otros instrumentos internacionales jurídicos y políticos, y Reglamento Sanitario Internacional.

Las actividades básicas del COES se centran en:

- Establecer las políticas organizativas inter e intrainstitucionales.
- Mantener los insumos del sistema de salud
- Establecer políticas de vacunación
- Establecer políticas para el uso de antivirales
- Establecer lineamientos sobre bioseguridad según corresponda.
- Establecer flujos y referentes para envío de muestras para diagnóstico

- Recomendación para población
- Alertar al gobierno
- Establecer grupos prioritarios a ser inmunizados según la fase de pandemia.
- Dar lineamientos para estrategias de atención y contención
- Evaluar las acciones y redireccionar las políticas sanitarias pertinentes

Para ejecutar este Plan deben reconocerse las diferentes fases de la pandemia de Influenza(según OMS) y en relación a ello se adoptarán diversas acciones en los 4 pilares operativos básicos, los que se enumerarán a continuación :

1. Vigilancia (Humana y viral)
2. Vacunas y Antivirales
3. Estrategias de Salud Pública
4. Comunicación Social

PILARES OPERATIVOS EPIDEMIOLÓGICOS BÁSICOS

1-INTENSIFICAR VIGILANCIA HUMANA y VIRAL de Enfermedad tipo Influenza (ETI), Neumonías¹, Bronquiolitis y SRG².

Definición de caso: Enfermedad tipo influenza: Enfermedad respiratoria aguda febril (38°C o más), acompañada de mialgia o postración y tos o dolor de garganta.

2-VIGILANCIA HUMANA y VIRAL de ETI ante casos sospechosos de ETI y Síndrome respiratorio grave (SRG) ó Neumonía severa asociada a virus Influenza Porcino (H1N1)

Definición de caso: persona de cualquier sexo y edad con enfermedad tipo ETI y/o probable ETI con Neumonía severa o muerte por ETI/Neumonía severa con antecedente de: Viaje en los 10 días previos al inicio de síntomas a uno de los países o zonas geográficas donde este comprobada la circulación viral ó sea nexo de un caso confirmado

3-Vigilancia de fallecidos por ETI y Síndrome respiratorio grave (SRG) ó Neumonía severa Ver Anexo 4

La obtención de datos se realizará mediante diferentes sistemas:

- 1) Sistema de Notificación Obligatoria de Casos numérica **diaria**
- 2) Vigilancia Viroológica por la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Virus Respiratorios.
- 3) Vigilancia por Sistema de Unidades Centinela de Influenza
- 4) Vigilancia de Internados por patología respiratoria grave en forma **diaria**.
- 5) Vigilancia de mortalidad por neumonía e influenza.
- 6) Vigilancia de viajeros
- 7) Notificación inmediata de caso sospechoso con ficha específica.

¹.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.

² *Neumonía*: enfermedad respiratoria aguda febril (T>38°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).

2. VACUNAS Y ANTIVIRALES

Inmunización humana en periodo de alerta de pandemia requiere tener cumplidas las pautas de vacunación estipuladas durante el periodo interpandémico (alerta ETI provincial, enviado la semana anterior)

De acuerdo a las Normas Nacionales de Vacunación debe aplicarse en otoño, antes de los primeros fríos, idealmente antes de la segunda quincena de abril.

Argentina considera para la aplicación de vacuna antigripal anual a las personas con mayor riesgo de presentar complicaciones serias en caso de influenza:

Grupos de riesgo (GR):

- personas mayores de 65 años.
- Adultos y niños con afecciones crónicas de los sistemas pulmonar y cardiovascular (ej. Cardiopatía, asma grave, enfisema, enfermedad fibroquística, hipertensión pulmonar, etc.).
- Pacientes con enfermedades metabólicas (diabetes), insuficiencia renal, hemoglobinopatías e inmunosupresión (incluye HIV (+) e inmunosupresión por medicación).
- Niños o adolescentes que están bajo terapia prolongada con ácido acetilsalicílico (aspirina).
- Grupos de personas que pueden transmitir la gripe a personas de alto riesgo: médicos, enfermeras, y aquellos que en hospitales o cuidados domiciliarios tienen contacto con grupos de alto riesgo
- Empleados de instituciones geriátricas y entidades de cuidados crónicos que tienen contacto con pacientes.
- Personas que ocupan funciones críticas en caso de epidemia (servicios de seguridad, escuelas, etc.)
- Convivientes con pacientes inmunosuprimidos.
- Embarazadas de alto riesgo que estarán en el segundo o tercer trimestre de embarazo durante las épocas de influenza.

Ante la situación de alerta de pandemia actual, se consideran los siguientes cambios:

- **Mantener vacunado al personal de los servicios esenciales, como los trabajadores de salud, de seguridad, etc.**
- **Grupos de alto riesgo de complicaciones y muerte:** Son las personas a quienes van dirigidos los programas de vacunación anuales de influenza a fin de reducir mortalidad y hospitalización. (Para la población de mayores de 65 años y Población con enfermedades crónicas).

Vacunación en situación de pandemia: La extensión de vacunación antigripal a otros grupos de edades se considerará oportunamente en reunión con expertos. La propuesta es (siempre que se cuente con los insumos suficientes): Vacunación responsables servicios de salud, seguridad, mas las personas de alto riesgo de complicaciones.

Tratamiento antiviral específico

El nuevo virus H1N1 no ha mostrado aun resistencia al Osetalmivir, pero dada su disponibilidad reducida, se indicará para tratamiento de casos sospechosos de y no como profilaxis. Debe indicarse en los primeros 3 días de iniciados los síntomas. Pasado este periodo abstenerse.

La duración recomendada del tratamiento con Oseltamivir es de 5 días.

La dosis depende del peso:

- 30 mg dos veces al día en niños de menos de 15 Kg.
- 45 mg dos veces al día en niños de 15 a 23 Kg.
- 60 mg dos veces al día en niños de 23 a 40 Kg.
- 75 mg dos veces al día en niños de más de 40 Kg.
- En los mayores de 13 años la dosis terapéutica es de 75 mg dos veces al día.

TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN SITUACIÓN DE COMPLICACIONES

Si pasaron las 72 h. sin tratamiento antiviral, no iniciarlo. Efectuar seguimiento clínico por la posible complicación bacteriana (neumonía bacteriana de la comunidad).

Las bacterias patógenas mas comúnmente aisladas de las neumonías son: *Streptococcus pneumoniae* (neumococo, el más frecuente), *Staphylococcus aureus* y *Haemophilus influenzae*.

La terapia antibiótica es indicada sin esperar la confirmación de laboratorio y los patrones esperados de sensibilidad y resistencia deben ser considerados para la decisión del antibiótico específico según microorganismo aislado.

Norma de tratamiento ambulatorio para personas inmunocompetentes:

- Amoxicilina durante 10 días, adecuando a peso y edad. Grupos especiales consultar con las Normas de la Institución.

El equipo de APS resolverá en cada caso la derivación a un nivel superior, para que indique un esquema de tratamiento con otros antibióticos o su internación según la complejidad del caso.

Se recomienda realizar stock de antibióticos, por lo menos calcular el doble de lo usado en una epidemia normal de influenza.

Medidas de Control en las neumonías

1. Medidas preventivas

- Evitar el hacinamiento.
- Inmunización: Para la prevención de las neumonías se podrán utilizar vacunas antineumocócica, antiinfluenza y antihaemophilus tipo b.
 - a) Para los criterios de indicación de la vacuna antihaemophilus, referirse a las normas Nacionales de vacunación vigentes.
 - b) La vacuna antineumocócica con polisacáridos capsulares polivalente (23 serotipos) está indicada en mayores de 2 años que pertenezcan a los grupos de riesgo ya

mencionados, 1 dosis única. Se estima una duración de la inmunidad de 3 a 5 años (no revacunar antes de los 3 años).

2. Control del paciente, de los contactos y del ambiente inmediato:

- Aislamiento respiratorio.
- Desinfección concurrente: de las secreciones nasofaríngeas respetando normas de bioseguridad.
- Inmunización a contactos: Solo a grupos de riesgo.
- Tratamiento antibiótico específico: En las que se sospecha o confirma etiología bacteriana.

3. ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA

En este documento se proponen cuatro estrategias de atención:

3.1.Hospital de Día

3.2.APS

3.3.Hospital de campaña

3.4.Escudamiento

3.1. ESTRATEGIA HOSPITAL DE DÍA (Estrategia para evitar el desborde de los Efectores)

Considerar en la siguiente situación:

1. Hospital con capacidad colmada.
2. Promedio día / estada elevado.
3. Aumento de la demanda en la guardia externa en esos meses de mayo junio, julio, duplicando a veces el número de atención por guardia en pleno brote de infecciones respiratorias agudas.
4. Camas de UTI y UCI para recuperación quirúrgica, ocupadas por problemas respiratorios, limitan la internación por otras patologías y las cirugías programadas.

Ante esta situación, se propone la aplicación de la estrategia del hospital de día con el objetivo de evitar la saturación de los hospitales y que los mismos mantengan una capacidad de respuesta ante un brote.

El hospital de día, como estrategia para la descompresión sanitaria a través de evitar el desborde de los efectores de internación, se considera conveniente por lo siguiente:

1. Es efectiva, por que permite atender la demanda de patología estacional sin aumentar el número de camas.
2. Permite aumentar la producción, con mayor cantidad de egresos pero con disminución del promedio día estada de los pacientes.
3. Permite disminuir el porcentaje ocupacional.
4. Permite dar tranquilidad a la población por la disponibilidad de camas para cualquier emergencia.
5. Su implementación permite, ante situaciones epidemiológicas limites, la ejecución de medidas de atención intensiva coordinada y en equipo, evitando el desborde hospitalario alcanzando resultados favorables.

Modalidad Ideal:

1. Funcionamiento de 08.00 hs. a 20.00 hs.
2. Disponer aproximadamente del 10% de las camas del efector.
3. Ingresar patología que se pueda evaluar y tratar dentro de ese horario y evitar si es posible su internación.
4. Ingresar patología de época como bronquiolitis de grado variable, crisis asmáticas y con tratamiento intensivo para decidir en doce horas su egreso.
5. Turnos de profesionales de cuatro horas con refuerzo de los mismos.
6. Turnos de enfermería de seis horas con refuerzo del mismo.
7. Cada cama debe disponer de boca de oxigenación y aspiración central.
8. Contar con Saturometría de pulso.
9. Ingresar en este sector, patología quirúrgica que pueda egresar dentro de las 12 horas de operados.
10. Organizar el seguimiento de pacientes crónicos en este sector por distintos especialistas.

ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS en Centro de salud, consultorios privados y de obras sociales, y postas sanitarias)

Si se detectan casos ambulatorios o internados de ETI ó ETI más Neumonía en personas de grupo de GR se realizará toma de muestra para detección viral y el tratamiento específico o antibacteriano (según normas). En los casos ambulatorios se realizará seguimiento clínico por 10 días para la identificación de posibles complicaciones.

En casos de muertes relacionadas con influenza extremar las medidas necesarias para el llenado del certificado de defunción, indicando como causa básica de muerte la influenza. Ver Anexo 4.

Las estrategias a seguir para la prevención y control pueden ser dos:

- 1- El grupo de riesgo asintomático identificado por encuesta entre los convivientes del caso sospechoso, puede concurrir al Centro de APS para cumplimentar según corresponda vacunación.
- 2- El grupo de riesgo (GR) asintomático o sintomático identificado por encuesta entre los convivientes que no puede concurrir al Centro de APS por diferentes razones, se lo asistirá por un equipo de salud en su domicilio para cumplimentar según corresponda vacunación y/o tratamiento específico, según corresponda.

Formación y activación del equipo de atención en la pandemia

La OMS en los planes de contingencia para pandemia sugiere que se conformen dos equipos multidisciplinarios de atención (asistentes sociales, médicos, profesionales de laboratorio, enfermeras, técnicos, etc. quienes identificarán personas de riesgo), uno se dedicara a la atención del paciente internado, el otro equipo realizara la atención en forma ambulatoria y en la guardia.

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

Se deben realizar las siguientes actividades en el primer nivel de atención.

- **Toma de muestra** (hisopado nasal, hisopado faringeo y sangre) ver laboratorio.
- **Actividades de control de foco y bloqueo.**

- **El equipo de seguimiento ambulatorio debe funcionar durante 24 horas, para detectar complicaciones** (el equipo se debe rotar cada 6 a 8 horas).
- **Seguimiento durante 10 días.** Caso sospechoso por clínica y epidemiología de influenza, se toma la muestra, se notifica, se realiza encuesta y vacunación según norma y seguimiento (Pacientes y convivientes).
- **Alertas visuales:** colocar alertas visuales, en los centro de salud, y distribuir en la comunidad, tratar de coordinar con los medios de comunicación correspondientes, también en los centros de concurrencia masivas como lo son los clubes, centros de fomentos, etc.
- **Capacitadores:** El equipo de salud, capacitara agentes de salud, para difundir las medidas de prevención y de detección de casos y GR.
El equipo de seguimiento, realizará charlas de prevención y de detección de complicaciones.
- **Contacto diario con el equipo de salud de Internación, público o privado:**
Tiene como objetivo informarse sobre los pacientes que se derivaron, si los mismos fueron dados de alta, o se complicaron y debieron ser internados en terapia intensiva. También conocer los resultados de laboratorio (**al primero que se le debe dar a conocer el resultado es al paciente y/o su familia**)

Manejo de pacientes

1. Paciente con factores de riesgo de evolución tórpida de influenza estacional o se confirme cepa porcina **SEGUIR DURANTE 10 DIAS, CON VISITAS DIARIAS.**
2. Paciente que debió internarse y luego egresó, se lo debe controlar cada 24 horas, las primeras 48 horas.
3. Paciente sospechoso, que resultó negativo por laboratorio, se lo controla cada 72 horas, concurriendo al centro de salud
4. La aplicación de vacunación, se realizara en el domicilio de acuerdo a grados de riesgos de los casos antes mencionados.
5. Si el paciente bajo seguimiento sufriera alguna complicación, el equipo de seguimiento lo debe derivar al hospital, una ambulancia lo llevara hasta la unidad de internación correspondiente.

Equipo de atención en la internación del paciente

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

- ✓ Kinesiología.
- ✓ Profesionales de laboratorio
- ✓ Equipo Psicosocial.
- ✓ Personal de limpieza.
- ✓ Personal de mantenimiento (oxigenoterapia central y aspiración)
- ✓ Grupo interconsultor: Infectólogos, Epidemiólogos, entre otros.

Interacción del equipo ambulatorio y de internación

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

Equipamiento de la unidad

La unidad tendría un número de camas que puede variar de acuerdo a la tasa de ataque zonal, pero podría tomarse como base un 10% de la dotación de camas de la institución, número siempre variable.

Idealmente cada unidad debería poseer:

1. oxigenación disponible por cama
2. aspiración disponible por cama
3. saturómetro de pulso.
4. enfermería acorde al número de camas y rotación de tarea preferente cada 4 horas de trabajo.
5. kinesiólogos.
6. equipo psicosocial para contención de la comunidad y el propio equipo de trabajo.
7. médicos (acorde al número de camas) siendo el mínimo de dos.
8. personal de limpieza y mantenimiento acorde a la magnitud de la tarea.
9. el manual de normas y procedimientos de bioseguridad de acuerdo al tipo de evento de salud y descartables a eliminar.
10. material descartable como camisolín, máscara N95, sonda para aspiración, entre otros, según norma de bioseguridad y atención.
11. recipientes para descartar materiales, según norma de bioseguridad.
12. antibióticos, betaadrenérgicos, corticoides, antitérmicos. Vacunación.
13. equipo de reanimación.
14. laboratorio de diagnóstico las horas que funcione la unidad.
15. ambulancia y equipo de derivación disponible ante la indicación de traslado a nivel de mayor complejidad.
16. movilidad disponible para traslado de pacientes a domicilio y/o equipo ambulatorio.
17. Buena red de comunicación entre hospital, centros de salud, equipos ambulatorios, según disponibilidad de los distintos lugares.

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

- La unidad de internación, deberá poseer historia clínica, que debe ser escueta, de rápida lectura y llenado, una vez que se complete la misma, se debe informar al

centro de vigilancia epidemiológico, el caso y proceder a la terapéutica convencional.

- Una vez que el paciente evoluciona favorablemente, se decide su egreso lo antes posible y seguimiento por el equipo ambulatorio. Se le entregará información sobre prevención y posibles complicaciones previo contacto con el equipo que lo ira a visitar a su domicilio.
- Si el paciente debe pasar a la internación general o terapia intensiva, los médicos de la unidad (hospital de día) informaran al centro ambulatorio la situación puntual.

Ambos equipos de trabajo deben ser coordinados por una unidad que abarque tanto a la atención ambulatoria como de internación independientemente de los niveles administrativos a que correspondan.

3.3. ESTRATEGIA HOSPITAL DE CAMPAÑA

En el caso que la tasa de ataque sea elevada y se sospeche o compruebe la saturación de los servicios de salud o que la cepa pandémica se disemine fácilmente dentro de los establecimientos de internación (riesgo de infección intrahospitalaria) **deberá implementarse esta estrategia** ya sea creando un centro de atención exclusivo para estos casos respiratorios según gravedad o equipando otras instituciones o edificios públicos o privados: escuelas, regimientos, hoteles, albergues, campamentos petroleros, entre otras, para tal fin o si se dispone, utilizar hospitales de campaña.

3.4. ESTRATEGIA COMUNITARIA BASADA EN EL ESCUDAMIENTO

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

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

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

- Escudamiento (persona que se autorecluye)
- Restricciones en las reuniones sociales
- Suspensión de eventos públicos
- Restringir vuelos aéreos y otros transportes públicos.
- Establecer un cordón sanitario

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

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

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

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

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

4. COMUNICACIÓN SOCIAL

<u>Cuarentena</u>	<u>Escudamiento</u>
• Reforzado/Coercivo	• Facilitado
• Reactivo	• Proactivo
• Opaco	• Transparente
• 'De arriba a abajo'	• 'De abajo a arriba'
• Involuntario	• Voluntario
• Comunicación 'pobre'	• Comunicación 'rica'
• Impuesto por el gobierno	• Sancionado por el gobierno

Componente Comunicación de Riesgos del Plan General de Contingencia para Pandemia de Influenza y SARS del Ministerio de Salud y Ambiente de la República Argentina.
(Síntesis Preliminar)

Marco general

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación -a partir de las recomendaciones de la OMS- elaboró un Plan General de Contingencia para Pandemia de Influenza y SARS, que contiene las principales medidas que deben ser ejecutadas de manera integrada por diferentes instituciones y sectores sociales, tanto para la preparación como para la respuesta ante la eventual pandemia.

En ese marco, el Componente “Comunicación de Riesgos para la Pandemia de Influenza”, tiene como objetivo la planificación de líneas de acción de aplicación operativa, que sirvan de guía y referencia para una intervención comunicacional acorde a la magnitud de la posible emergencia, capaz de reducir al máximo el impacto sanitario, social y económico derivado de esta situación.

Ante la ocurrencia del brote, la población necesitará información sencilla sobre la enfermedad, por qué ocurre, duración de la pandemia, cómo protegerse, medidas adoptadas por las autoridades sanitarias para extremar el cuidado de la ciudadanía. Los medios masivos constituyen uno de los canales estratégicos para llegar a la población, será necesario entonces, garantizar su colaboración para un tratamiento adecuado de emergencia.

Durante la fase inicial de un brote de gripe con potencial pandémico, las intervenciones no médicas como la implementación de comunicación de riesgo posibilitan retrasar su diseminación nacional así como también su propagación internacional, hasta que una

vacuna esté disponible. Las acciones de comunicación de riesgo también son significativas en la etapa siguiente, cuando se declara la pandemia, ya que las condiciones de emergencia necesitan ser comunicadas a la población para lograr minimizar al máximo sus efectos.

La gestión del componente de comunicación de riesgos posibilita proyectar respuestas integrales, que garanticen un discurso unificado, transparente y confiable sobre el estado de situación en nuestro país, las medidas de cuidado y control, los signos de alerta, diferenciando contenidos, soportes y mensajes según las distintas poblaciones-objetivo potencialmente afectadas.

Para lograr un nivel adecuado de movilización social es necesario entablar una relación eficaz con medios masivos gráficos, radiales y televisivos, nacionales, provinciales y locales, garantizando la provisión veraz, oportuna y sistemática de información, teniendo en cuenta sobre todo la centralidad que éstos tienen en la modelación de creencias y opiniones de la población.

Es igualmente relevante entablar una fluida relación con los equipos de prensa que se desempeñan en los ministerios de salud provinciales para que la información emitida por la totalidad de los organismos oficiales asuma un carácter unificado, minimizando de este modo la circulación social de datos erróneos, confusos y carentes de fundamentos científicos.

Resulta fundamental que la población tome conocimiento de la pandemia de influenza antes de que ésta ocurra. De este modo, podrá prepararse emocionalmente, lo que facilita la comprensión de los riesgos, el seguimiento de los consejos oficiales, la participación activa en su propia protección a través de la puesta en práctica de medidas de cuidado en sus escuelas, empresas, hospitales y otras organizaciones y el apoyo al trabajo desarrollado por las autoridades sanitarias.

En este sentido, la comunicación de riesgos es un conjunto de capacidades y conocimientos que puede contribuir a encontrar y mantener ese punto medio, mediante las siguientes pautas: explicitar la actitud activa y anticipatoria por parte de las autoridades, fundamentar las decisiones sanitarias, garantizar la transparencia informativa, reconocer la incertidumbre y no intentar eliminar por completo los temores. Éstas y otras recomendaciones sobre la comunicación de riesgos ayudan a crear confianza, uno de los objetivos fundamentales de los lineamientos de comunicación en caso de brotes epidémicos recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

Objetivo General

- Desarrollar una estrategia comunicacional integral que comprenda acciones eficaces para implementar en cada una de las fases de los periodos de la pandemia, orientadas a las distintas poblaciones involucradas a fin de reducir el impacto sanitario y social derivado de esta problemática de salud pública.

Objetivos específicos

- Proveer a las autoridades sanitarias líneas de acción eficaces para la conducción comunicacional de la contingencia sanitaria, articulando contenidos pertinentes y mensajes adecuados, para cada una de las poblaciones - objetivo.
- Promover la articulación de actores clave del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y otros organismos oficiales para una adecuada respuesta comunicacional ante la eventual pandemia.
- Promover la articulación con equipos de prensa de ministerios de salud provinciales para que la totalidad de los organismos oficiales emita una respuesta unificada.
- Desarrollar dispositivos de capacitación de recursos humanos.
- Proveer a los equipos de salud, información relevante sobre preparación y respuesta del sistema de salud público ante el eventual brote pandémico.
- Proveer al personal de aeropuertos, aduanas, fronteras y fuerzas de seguridad, información sobre modos de proceder en sus respectivos escenarios.
- Proveer a la población información clara sobre la enfermedad, modos de transmisión, medidas de prevención, signos de alarma y recursos públicos de asesoramiento y atención.
- Proveer a grupos de riesgo información específica sobre medidas de prevención y autocuidado.
- Producir materiales informativos y educativos, orientados a las distintas poblaciones - objetivo.
- Promover una relación fluida con medios masivos a fin de evitar vacíos de información, rumores, datos confusos, erróneos y sin fundamentos científicos.
- Realizar seguimiento sistemático de la cobertura de esta problemática en los medios masivos.
- Promover el trabajo intersectorial con otros organismos públicos, sociedades científicas y organizaciones de la sociedad civil.
- Promover el intercambio de experiencias con equipos responsables de la comunicación de riesgos de otros países de la región y con organismos internacionales.
- Desarrollar un modelo de intervención de comunicación de riesgo aplicable a otras problemáticas de salud pública.

Líneas de trabajo

La estrategia comunicacional de riesgos incluye una secuencia articulada de acciones destinadas a diferentes poblaciones - objetivo. Está conformada por las siguientes líneas de trabajo:

- Producción de materiales informativos y educativos destinados a distintas poblaciones - objetivo.
- Relación fluida y sistemática con los medios masivos.
- Capacitación de recursos humanos.

Poblaciones - objetivo

Son las siguientes:

- Actores clave de organismos sanitarios (ministerio nacional y ministerios provinciales) y otros organismos públicos;
- Equipos de salud;

- Equipos de prensa y comunicación de ministerios provinciales y otros organismos oficiales;
- Medios de comunicación gráficos, radiales y televisivos, provinciales y nacionales;
- Miembros de Fuerzas de Defensa y Seguridad y Aduana;
- Adultos mayores;
- Madres y padres de niños menores de 5 años;
- Enfermos crónicos;
- Personas comprometidas inmunitariamente;

Integrantes de instituciones (escuelas, sindicatos, empresas, organizaciones sociales , fundaciones, otras)

- Población general.

Manejo del paciente con definición de caso para fases 4 a 6 en los centros sanitarios.

Como evaluar:

Sintomas generales: ETI

Complicaciones:

1. IRA baja
2. Conjuntivitis
3. Pericarditis/Miocarditis
4. Insuficiencia renal
5. Sepsis en lactantes

Nexo epidemiológico:

1. Contacto con casos confirmados
2. Paciente que proviene de zonas en fase 3 a 5.

Que Hacer

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

Situación 5: fase 6

Comienzo de la Pandemia

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

CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD EN INSTITUCIONES DE SALUD

El virus se propaga por de contacto de secreciones respiratorias, gotas y aérea, se puede transmitir por objetos contaminados. La supervivencia del virus es de 24 a 48 hs

en superficies no porosas, 8 a 12 hs. en telas tejidos y papel; y 5 minutos en las manos, aumentando cuando la humedad es baja.

- La transmisión por contacto ocurre tanto por contacto directo (contacto físico entre el individuo colonizado o infectado y el huésped susceptible) como por contacto indirecto (transferencia pasiva de microorganismos a través de un objeto intermedio, como las manos de los trabajadores de salud (TS) no lavadas entre paciente y paciente).
- La transmisión también ocurre a través de grandes gotas (mayores o iguales a 5 μm), que se producen cuando el paciente infectado tose o se suena la nariz, o durante determinados procedimientos como la succión de secreciones o broncoscopia. Estas gotas se dispersan a menos de 1 metro del paciente infectado y se depositan en las mucosas del nuevo huésped (ahora infectado) o de los objetos cercanos al paciente.
- La transmisión aérea se realiza cuando los organismos se transmiten a través de núcleos pequeños ($<5\mu\text{m}$) que resultan de la evaporación de grandes gotas. Estos pequeños núcleos pueden permanecer en suspensión durante largos períodos y ser inhalados por pacientes ubicados a cierta distancia del paciente con influenza (inclusive en otra habitación).

Hasta ahora el contacto a través de grandes gotas o secreciones respiratorias parecen las vías más probables de infección. Por tanto, para un apropiado control de la infección por influenza se debe incluir tanto las precauciones tradicionales aplicadas a todos los pacientes como algunas adicionales relacionadas al control de la transmisión por grandes gotas, contacto y aérea.

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

Control de la pandemia de influenza

a. Manejo del personal

1. Proveer información educativa a los trabajadores de salud. La misma debería ser brindada al personal en el momento en que se declare la fase 5 de la Pandemia (OMS), y repetida a intervalos frecuentes para todos los niveles del equipo de salud. Adherir a un plan para la determinación de la capacidad de los TS de permanecer o retornar al trabajo en base a su susceptibilidad a influenza, estado de vacunación y uso de antivirales. (ver manejo de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de influenza)
2. Autocuidado: los TS en contacto con pacientes sospechosos o confirmados de influenza deben seguir el siguiente procedimiento:
 - Chequear su temperatura dos veces al día y auto-monitorear la presencia de síntomas respiratorios (especialmente tos)
 - En caso de fiebre, limitar inmediatamente interacciones y auto-excluirse de las áreas públicas. Notificar al equipo de control de infección la posibilidad de haber contraído influenza

b. Prácticas de control de la infección

1. Higiene de manos

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

directo con trabajadores/pacientes con ETI y después del contacto con artículos personales del paciente o con el ambiente cercano del mismo.

2. Medidas de higiene para minimizar la transmisión de influenza

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

3. Equipo protector personal

- a. Mascarillas: recomendación del uso de barbijo triple capa. Sin embargo, cuando la pandemia se declare será poco práctico y útil (por la dificultad de disponer de una cantidad adecuada) el uso de las mismas y podrán ser reemplazadas por mascarillas de cirugía.
 - i. Las mascarillas deben ser utilizadas para prevenir la transmisión cuando un TS se encuentra cara a cara con un paciente que tose.
 - ii. Los TS deberán utilizar máscaras y protectores oculares o protectores de la cara cuando los TS realicen procedimiento que los expongan a aerosoles de sangre, secreciones y excreciones del cuerpo,
 - iii. Los TS deben evitar tocarse los ojos con sus manos para prevenir la auto-contaminación con patógenos

Recomendaciones para el uso de las máscaras:

- Deben ser utilizadas una sola vez y cambiadas cuando se humedecen (porque no son efectivas cuando están húmedas)
- Deben cubrir boca y nariz
- Evitar tocarlas mientras se las usa
- Descartar en un recipiente apropiado

a. Guantes

- i. Para el bloqueo de infecciones H1N1, la OMS está actualmente recomendando el uso de guantes para entrar a las salas de los pacientes. Sin embargo, parece que cuando la pandemia se declare será poco práctico y útil el uso de los mismos para el cuidado de rutina de pacientes con influenza confirmada o sospechosa, a excepción que el TS tenga una lesión abierta en sus manos. Un lavado de manos meticuloso con agua y jabón o desinfección de manos son suficientes para inactivar el virus.
- ii. Los guantes deben ser empleados por los TS cuando se manipulan sangre, fluidos corpóreos, secreciones, excreciones y membranas mucosas con el objeto de reducir la potencial transferencia de microorganismos de pacientes infectados a TS y de paciente-paciente a través de las manos del TS.

i. Los guantes no deben usados como sustituto del lavado de manos.

- ii. Los guantes no deben ser reusados ni lavados.

c. Batas

- i. Para el bloqueo de infecciones H1N1, la OMS está actualmente recomendando el uso de batas para entrar a las salas de los pacientes, cuando se sabe que el TS va a permanecer en contacto directo con el paciente o sus pertenencias. Sin embargo, parece que cuando la pandemia se declare será poco práctico y útil el uso de las mismas para el cuidado de rutina de pacientes con influenza confirmada o sospechosa.
- ii. Cuando se realizan procedimientos que pueden generar aerosoles de sangre o fluidos biológicos, se deben usar batas largas con mangas largas y puños ajustados para proteger la piel no cubierta y el derrame en la ropa.

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

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

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

5. Apropiado manejo de los residuos

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

6. Ubicación de los pacientes

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

El número de salas de aislamiento es muy limitado en los hospitales y es probable que sólo puedan ser usados en el momento de la aparición de la cepa potencialmente pandémica, cuando el objetivo sea el bloqueo de la misma. Luego, cuando la pandemia se haya declarado, si no se dispone de habitaciones individuales, es recomendable separar los casos probables de los confirmados cuando sea posible y evitar el hacinamiento (mantener una separación espacial de un metro y cuando sea posible colocar una cortina de separación entre paciente y paciente) entre pacientes, visitantes y TS, siempre que sea posible.

7. Distribución de los pacientes

Cuando se declara la pandemia en fase 6 dentro del país, es necesario dividir el hospital en áreas o unidades, según el plan predeterminado de control de infección. Además resulta conveniente la designación de un TS para la realización de un tamizaje rápido que permita dirigir a los pacientes que recién ingresan al hospital hacia **zonas de sospecha de influenza y zonas no-influenza**. Mientras el paciente ubicado en “zonas de sospecha de influenza” se encuentre en la sala de espera es recomendable el uso de barbijos.

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

- i. Área de evaluación de pacientes con sospecha de ETI (que incluya sala de espera).
 - ii. Área de evaluación de pacientes sin sospecha de ETI (pacientes que requieren cuidados agudos por otra causa) con su correspondiente sala de espera.
 - iii. Área de internación de pacientes sospechosos-expuestos a ETI
 - iv. Área de internación de pacientes con influenza confirmada
 - v. Área de internación de pacientes no expuestos-inmunes (se entiende por inmune aquellos pacientes recuperados de una influenza causada con la cepa pandémica o vacunados contra la cepa pandémica)
 - vi. Área de internación de pacientes no expuestos a ETI pero con alto riesgo de complicaciones (cuidados intensivos, pacientes transplantados, pacientes oncológicos, pacientes con enfermedades pulmonares o cardíacas crónicas, pacientes en diálisis).
8. Admisión de pacientes
- i. Cuando la pandemia se declara en Fase 6 dentro del país, eliminar las admisiones a hospitales para cirugías no agudas y restringir las cirugías pulmonares y cardiovasculares a los casos de emergencia.
 - ii. Los pacientes que se recuperan de una influenza pueden ser movidos al Área de no influenza después que ha transcurrido el período de contagio de la cepa pandémica.
 - iii. A medida que la pandemia progresa, las cohortes de “sospechoso/expuesto” y de “confirmado” pueden mezclarse.
 - iv. Mantener los principios de áreas divisorias hasta que la primera hola de la pandemia haya terminado.
9. Restricción de la circulación de los pacientes en el hospital
- i. Se debe limitar el movimiento de pacientes dentro del hospital
 - i. Los pacientes con ETI que presentan tos sólo deben salir de su habitación para procedimientos urgentes/necesarios
 - ii. Los pacientes con ETI que están tosiendo deben usar máscara siempre que sea necesario salir de su habitación, mientras estén en el período de contagio de la cepa pandémica. Si el transporte es fuera del hospital, todas las superficies tocadas por el paciente deben ser limpiadas. Por ej si el paciente es transportado en ambulancia, la misma debe ser limpiada en su interior con un desinfectante como alcohol al 70%.
10. Restricción de visitas
- i. No existen restricciones para visitantes asintomáticos que se han recuperado de una influenza pandémica o que se han inmunizado con la cepa pandémica.
 - ii. Los visitantes con ETI no deben realizar visitas hasta que estén asintomáticos. Parientes muy cercanos de enfermos terminales pueden ser exceptuados, pero deben ponerse una máscara antes de entrar al hospital y su visita deber ser restringida al paciente terminal únicamente.
 - iii. Los visitantes deben ser informados que en el hospital existe actividad influenza. Aquellos que no han tenido influenza o no han sido inmunizados deberían ser desalentados para visitar pacientes. Parientes cercanos de enfermos terminales, pueden ser exceptuados, pero su visita debe ser sólo individual y deben lavarse las manos luego de salir de la habitación del paciente. El uso de mascararas a la entrada del hospital es útil si no existe actividad influenza en la comunidad.
11. Manejo de los trabajadores sanitarios durante la pandemia de influenza

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

1. Apto para trabajar

- a- Los trabajadores sanitarios asintomáticos deben vacunarse con la vacuna estacional antiviral ya disponible.
- b- Cuando la vacuna contra la cepa pandémica esté disponible, idealmente, los trabajadores de salud serán considerados grupo prioritario para recibirla:

2. No apto para trabajar

a. Idealmente, el TS con clínica de ETI o neumonía debe ser considerada “no apto para trabajar” y no deberían trabajar. Sin embargo, debido a los limitados recursos, estos TS pueden ser llamados para trabajar cuando se encuentren lo suficientemente bien como para hacerlo (ver punto 3 b, debajo)

3. Apto para trabajar con restricciones

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

12. Manejo de cadáveres en situación de pandemia de influenza.

Las medidas a tomar la necesidad de contemplar la forma más segura de manipulación de muestras potencialmente infectantes en afectados vivos, contactos de enfermos confirmados y fallecidos en relación cierta o sospechosa con el virus de la . ANEXO IV

3. COMPONENTE SANIDAD DE FRONTERAS

Fase 5 a 6.

MEDIDAS A NIVEL INTERNACIONAL

Medidas en las fronteras para las personas que entran o salen del país.

- Se dará información a los viajeros, tripulantes, empresas de turismo y de transportes sobre aviso de brote epidémico mediante comunicación oral, visual, escrita, afiches y/o folletería.
- A quienes viajan a las regiones donde tienen lugar los brotes de influenza aviaria de alta patogenicidad se les recomendará que eviten el contacto con granjas avícolas y mercados de animales vivos.

- También se recomendará diferir los viajes a las regiones afectadas, en caso de no ser indispensable.

Medidas en las fronteras para los viajeros internacionales que llegan o salen de las regiones afectadas

- Se dará el aviso de alerta sanitario a los viajeros que llegan o salen de zonas afectadas.

Vigilancia Clínica Médica

- Se evaluará la conveniencia de realizar una verificación diaria de temperatura a los viajeros que salen de regiones afectadas y/o fomentar la autovigilancia.
- Se recomendará la autonotificación en caso de síntomas para viajeros que salen de las regiones afectadas.
- Se aconsejará sobre el comportamiento a adoptar en caso de enfermarse después de viajes a regiones afectadas, como por ejemplo, buscar atención médica, referir el antecedente del viaje, prueba de laboratorio para diagnóstico de influenza. Si se confirmara la detección del virus pandémico se deberá aislar al paciente y notificar inmediatamente a los funcionarios de salud pública.
- Las personas de contacto con una persona enferma a bordo, en viajes afectados, deben localizarse y recibir igual consejo, y hacerse un seguimiento médico durante el período de incubación.

Examen sistemático de entrada para los viajeros que llegan de regiones afectadas.

- Detección visual de síntomas.
- Se evaluará la conveniencia de realizar un cuestionario a cada uno de los viajeros (cartilla del viajero). Asimismo, la detección de temperatura y el correspondiente examen médico, cuando ello lo requiera.
- En las regiones aisladas geográficamente, libres de infección, como las islas, se analizará la realización del examen sistemático usando las mismas opciones.
- Es conveniente, reforzar las medidas de control de pasajeros al ingreso de puertos, aeropuertos y pasos fronterizos (según lo indicado por la OMS esta medida puede ser discutible desde el punto de vista técnico, sin embargo válida desde el punto de vista de la opinión pública).

Medidas para países con fronteras permeables en contacto con regiones afectadas sin olvidar los puntos de cruces ilegales.

- Se creará conciencia entre el personal de atención médica y el público en general para facilitar la vigilancia y las medidas de respuesta como el distanciamiento social, la cuarentena y el aislamiento.

Medidas para viajeros a bordo de viajes internacionales provenientes de regiones afectadas.

- Se recomendará la autnotificación cuando aparezcan síntomas de enfermedad tipo influenza.
- De ser posible se separará a los pasajeros enfermos a bordo, y se pondrá en conocimiento de las personas de contacto la conveniencia de realizar el respectivo seguimiento médico durante el período de incubación.
- Se informará a las autoridades sanitarias de los países de embarque, destino y tránsito de que una persona a bordo está infectada (la aerolínea tiene a su cargo sólo el punto de destino).
- Comunicación de la información epidemiológica a las autoridades nacionales de salud pública para la localización de los contactos.
- Se considera conveniente el refuerzo de las medidas de autovigilancia a bordo.
- Se realizará el entrenamiento en el uso de equipo de protección personal a los trabajadores en contacto con viajeros.

Fase 6

MEDIDAS A NIVEL INTERNACIONAL (solo se mencionan las innovaciones para esta fase siguiendo en vigencia los puntos arriba señalados en fase 5)

Medidas en las fronteras para las personas que entran o salen de un país

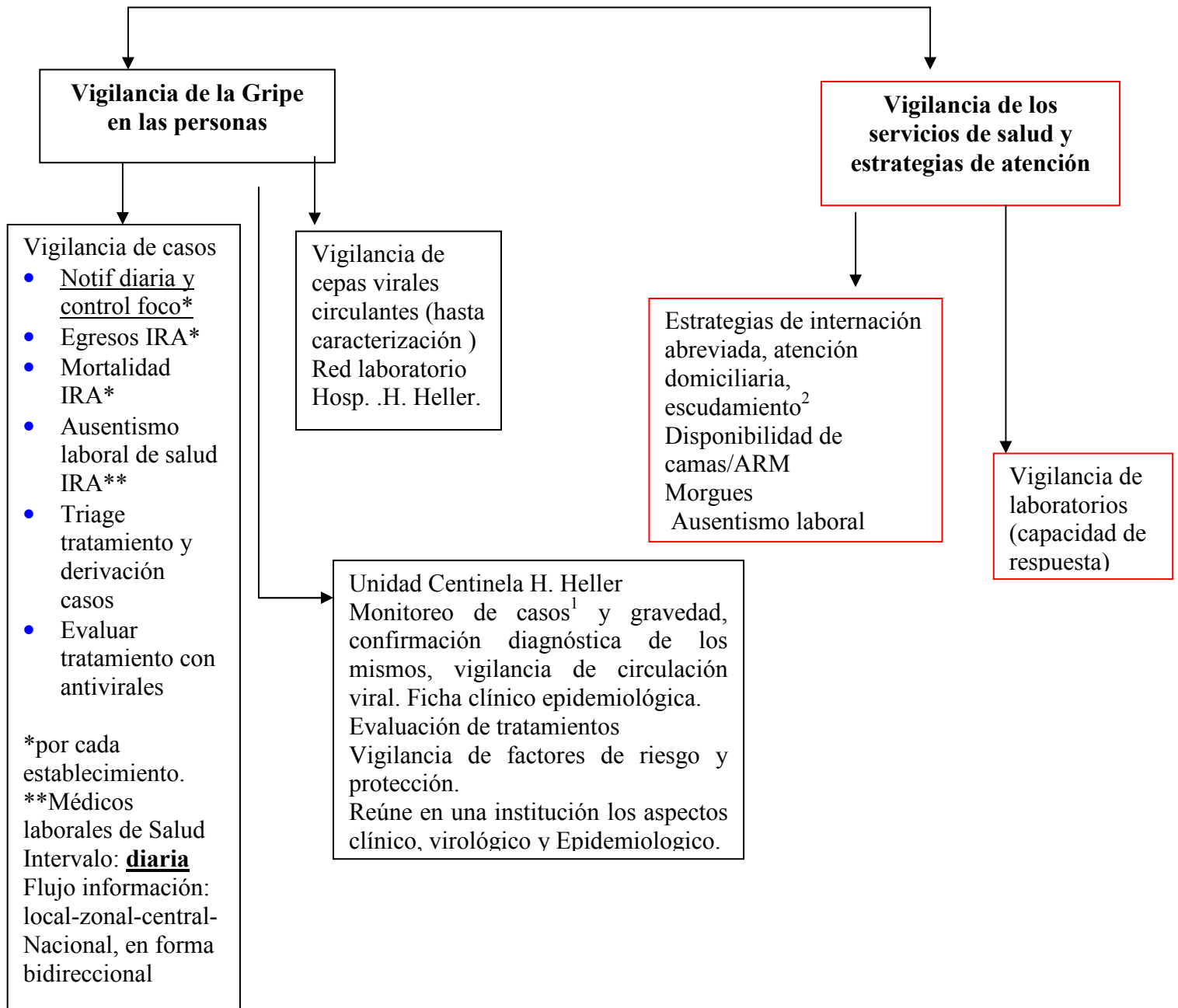
- Se dará información a los viajeros, tripulantes, empresas de turismo y de transportes sobre aviso de brote epidémico mediante comunicación oral, visual, escrita, afiches y/o folletería.
- Recomendará diferir los viajes a las o desde las regiones afectadas, especialmente cuando ocurre la transmisión interhumana.

Vigilancia Médica

- Se analizará la conveniencia de realizar la verificación diaria de temperatura a los viajeros que salen y entran de regiones afectadas.
- Se fomentará para caso de viajeros que salen y entran de regiones afectadas la autnotificación en caso de sintomatología.
- Se aconsejará sobre el comportamiento a adoptar en caso de enfermarse después de viajes a regiones afectadas, como por ejemplo, buscar atención médica, referir el antecedente del viaje, prueba de laboratorio para diagnóstico de influenza. Si se confirmara la detección del virus pandémico se deberá aislar al paciente y notificar inmediatamente a los funcionarios de salud pública, en su domicilio o internación según corresponda por su evolución clínica.
- Las personas de contacto con una persona enferma, en viajes afectados, deben localizarse y recibir igual consejo, y hacerse su seguimiento médico durante el período de incubación.

ANEXO 1 ALGORITMO DE VIGILANCIA

La vigilancia de Influenza en fase 4 A 6 de Pandemia



¹ Focalizar la captación de personas sintomáticas de grupos de riesgo y realizar búsqueda activa de casos entre convivientes y otros contactos.

² Por defensa Civil y otros grupos e instituciones designadas

ANEXO 2

FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFLUENZA Y SUS COMPLICACIONES:

Definición de caso sospechoso: Persona de cualquier edad y sexo con enfermedad tipo gripe (Enfermedad tipo Influenza ó ETI) y/o Probable ETI con Neumonía grave o Muerte por probable Influenza con neumonía grave con antecedentes de:

Viaje en los 10 días anteriores al inicio de síntomas a uno de los países afectados por gripe porcina A (H1N1)

- ETI: Enfermedad respiratoria aguda febril (38°C o más) acompañada de mialgias o postración
- ETI con neumonía grave. Persona de cualquier sexo y edad que presente dificultad para respirar, acompañada de fiebre y tos, con uno o más de los siguientes síntomas: quebrantamiento del estado general, dolor torácico y polipnea.
- Muerte por probable influenza con neumonía grave: toda defunción por probable influenza con neumonía grave según se define en el párrafo anterior.

DATOS DEL NOTIFICANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento: _____ Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Telef; _____ Fax: _____ E-mail: _____

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____

Fecha de nacim.: ____/____/____ (Edad: ____) Sexo: hombre [] mujer []

DNI: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ Departamento: _____ Provincia: _____

País: _____ Teléf. propio o vecino: _____

Vacuna Antigripal; Si No fecha de vacunación...../...../.....

Indicación (grupo de riesgo): _____

Lugar de trabajo o estudio: _____ Teléf: _____

CLINICA

Periodo de estado (2 a 7 días) tildar lo que corresponda:

Fiebre: _____°C Cefalea Mialgia Postración

Coriza Dolor de garganta Tos moderada Tos intensa

Nauseas Vómitos Diarrea

Complicaciones:

Neumonía viral Neumonía bact. Pleuresía Bronquitis

Bronquiolítis Otitis Faringitis

Miocarditis Pericarditis Endocarditis

Glomerulonefritis Nefritis aguda

Encefalitis Meningitis S. Guillain Barre S. Reye

Rayos X de Tórax Si No Describir imagen: _____

Tratamiento: SI NO Sintomático (especifique): _____

Específico: amantadina rimantadina oseltamivir

Antibacteriano (especifique): _____

EVOLUCIÓN

Ambulatorio [] Internación sala común [] UTI [] ARM [] Derivado [] Fallecido []

Curado [] Fecha de Alta: ____/____/____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes de Viaje a Zonas afectadas 10 días antes de inicio de los Síntomas

País _____

Como ingresó al país?

Vía aérea Vía marítima Vía terrestre: Ómnibus Particular

Nombre de la Empresa: _____

Fecha de Ingreso al país: ___/___/___

¿Tuvo contacto con alguna persona con síntomas sospechoso de ETI en los últimos 10 días? Si No

Familiar Amigo Viajero Laboral Otro: _____

Nombre y Apellido _____

Domicilio: _____

CONTACTOS DEL CASO SOSPECHOSO

¿Quiénes estuvieron en contacto cercano con este caso los últimos 10 días?

Contacto cercano: Una persona que estuvo a 2 metros de este “caso”, entre el inicio de sus síntomas y los 10 días posteriores.

Número de contactos Sin Síntomas: _____ Con síntomas: _____

Nombre y Apellido	Tipo de relación	Domicilio	Teléfono	Clínica(+)	Vacunado(2009)

A los convivientes sintomáticos (fiebre o síntomas respiratorios) llenar nueva ficha, realizar toma de muestra e iniciar tratamiento específico.

DATOS DE LABORATORIO

Tipo de muestra	Fecha de toma	Fecha de envío	Resultados	Observaciones
Hisopado nasal (ambas narinas)				
Hisopado faríngeo				
Serología 1° muestra				
Serología 2° muestra				

ANEXO 3

Aviso de Alerta Sanitaria

Consejos a los viajeros o personal de aerolíneas que se dirigen a una región o zona afectada por la “Gripe Porcina”

En la actualidad y de acuerdo con la información disponible y los lineamientos acordados por Organismos Internacionales a través de la Organización Mundial de la Salud, la gripe porcina supone motivo para posponer un viaje a las zonas afectadas.

Si de todas formas se dirige a una zona con riesgo es muy importante que tenga en cuenta estos consejos:

Medidas de carácter general:

- Para minimizar la exposición al virus de la gripe porcina, conviene:
 1. Completar la totalidad de los datos solicitados por migraciones
 2. Estar atento/a a las recomendaciones que las autoridades sanitarias están difundiendo en el lugar
 3. Evitar el contacto directo con personas sintomáticas respiratorias
 4. No asistir a eventos sociales, espectáculos públicos o lugares donde haya hacinamiento
 5. Evitar saludar a personas a través de besos o con un apretón de manos
 6. Si comienza con síntomas acudir a un centro asistencial e informar,
 7. Evitar la automedicación
 8. Evite salir si se encuentra con síntomas previo informar a centros asistenciales de su situación.

Medidas de higiene personal:

- **Es muy importante mantener la higiene personal a través de lavado de manos frecuente con agua (en lo posible caliente) y jabón ó alcohol gel (o productos similares).**
- **Si se encuentra con síntomas respiratorios cubrir boca y nariz al toser o estornudar con el pliegue del codo, usar pañuelos descartables y desecharlos enseguida en cestos o bolsas plásticas.**
- **No comparta pañuelos, cubiertos, bombillas.**
- **No limpie con su boca tetinas o chupetes.**

Guarde esta tarjeta hasta 10 días posterior a su regreso.

Ver al dorso.

Aviso de Alerta Sanitaria

Consejos a los viajeros o personal de aerolíneas que regresan de una región o zona afectada por la “Gripe porcina”

Al regreso:

Durante su último viaje es posible que haya estado en ambientes o en contacto con personas portadoras del virus de gripe porcina.

Es muy importante que siga estos pasos:

- **Preste mucha atención a su salud durante los próximos 10 días**
- **Si en este período padece fiebre ó tos, rinitis ó tiene dificultad para respirar, consulte cuanto antes al Centro Asistencial más próximo. En esta consulta informe inmediatamente de su último viaje, intente concertar cita previa.**
- **Entregue esta tarjeta a su médico**

AL MÉDICO/A: el paciente que presenta esta tarjeta puede haber viajado recientemente a una región afectada por la “GRIPE PORCINA” o en la que se han identificado casos de esta enfermedad. Si Ud. sospecha que este paciente pueda padecer esta patología, por favor contáctese en forma inmediata con los servicios o autoridades sanitarias de su localidad.

O al siguiente número TE de la Subsecretaría de Salud: 0299-4495724 ó envíe FAX CON DATOS COMPLETOS DE LA PERSONA AFECTADA PARA SU LOCALIZACIÓN Y CONTACTO PRECOZ (FAX:0299-4495582).

ANEXO 4:

PROCEDIMIENTOS A SEGUIR FRENTE AL MANEJO DE CADÁVERES EN SITUACIÓN DE PANDEMIA DE INFLUENZA.

Luís Alberto Bosio*, Roberto Víctor Cohen* y Marcelo Rodolfo Muro.**

**Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional.*

***Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.*

Durante la fase inicial de un brote de gripe con potencial pandémico, puede haber una oportunidad, en el momento inicial, de retrasar su diseminación nacional y la extensión internacional.

No escapa a las medidas a tomar la necesidad de contemplar la forma más segura de manipulación de muestras potencialmente infectantes en afectados vivos, contactos de enfermos confirmados y fallecidos en relación cierta o sospechosa con el virus de la . En este capítulo se pone de manifiesto los procedimientos a seguir frente al manejo de cadáveres en situación de pandemia, y por consenso mundial adaptado a nuestro país, se sugiere que el personal sanitario con funciones en morgues, servicios de Anatomía Patológica y/o laboratorios que manipulen materiales cadavéricos, cumplan con las siguientes recomendaciones, recordando que la Ley 17132/67 de Ejercicio Profesional, en su artículo 19 inciso 1 establece que los profesionales que ejerzan la medicina están obligados a prestar la colaboración que les sea requerida por las autoridades sanitarias, en caso de epidemias, desastres u otras emergencias.

1. INFORMACIÓN: Deberá proveerse de información educativa a los trabajadores del equipo de salud en contacto con cadáveres o materiales anatómicos provenientes de fallecidos sospechados de infección, mediante un manual de procedimientos que contenga un plan de respuesta integrada en caso de pandemia de influenza, contemplando el manejo de cadáveres, las medidas de bioseguridad y la manipulación segura de muestras y residuos patológicos.

2. PROCEDIMIENTOS: Los trabajadores sanitarios en contacto con cadáveres o material anatómico proveniente de pacientes sospechosos o confirmados de influenza, que no hayan cumplido con las medidas de bioseguridad, deben seguir el siguiente procedimiento:

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

b. En caso de fiebre, limitar inmediatamente interacciones y auto-excluirse de las áreas públicas. Notificar al equipo de control de infección la posibilidad de haber contraído influenza, cumpliendo con las disposiciones de la Ley de Ejercicio Profesional 17132/67, artículo 8, la cual inhabilita al personal de la salud a trabajar mientras curse una enfermedad infectocontagiosa. En todos los casos deberá cumplirse con las normas y objetivos de la Ley 24557/00 sobre Riesgos del Trabajo y sus modificatorias.

3. HIGIENE DE MANOS: El personal en contacto con cadáveres (médicos, técnicos, auxiliares y fuerzas de seguridad) deben reconocer que la adhesión estricta a las recomendaciones para el lavado y desinfección de manos son la base de la prevención de la infección y puede resultar la única medida preventiva disponible durante la

pandemia. El lavado o desinfección de manos debe ser realizado después del contacto directo con ETI (Enfermedad Tipo Influenza), y después del contacto con artículos personales del paciente o con el ambiente cercano del mismo.

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

5. EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: La protección personal para trabajadores de morgues y laboratorios donde se manipulan muestras biológicas pasibles de infección por influenza, no varían de las medidas habituales de protección. En tal sentido debe tenerse en cuenta que la resistencia de los virus aviares de la influenza en medio ambiente es escasa. Los rayos ultravioleta los inactivan rápidamente. Los virus son sensibles a los ácidos, y relativamente estables sólo con valores de pH entre 6 y 8. Las temperaturas de 60° C anulan con gran rapidez la posibilidad de contagio, la cual se conserva con temperaturas menores, hasta 6 horas. Los virus de la influenza son sensibles a todos los desinfectantes viricidas. Pueden inactivarse aplicando calor de 56° C durante 3 horas; 60° C durante 30 minutos. Son vulnerables a pH ácido y a agentes oxidantes, se inactivan por la acción de la formalina y compuestos de yodo. Pudiendo permanecer largo tiempo si las condiciones del medio se dan en tejidos, heces y agua.

Es por lo expuesto que a la hora de elegir los elementos de protección para realizar una autopsia o manipular tejidos pasibles de estar infectados se requiere la utilización de: Mascarillas, protección facial y ocular, guantes, batas y botas.

a. Mascarillas: Para la práctica de autopsias, es apropiada la recomendación del uso de barbijo triple capa o superior. Las mascarillas deben ser utilizadas siempre, en prevención de transmisión aérea cuando se realicen procedimiento que los expongan a aerosoles de sangre, secreciones y excreciones del cadáver. Deberán evitar tocarse los ojos con sus manos para prevenir la auto-contaminación con patógenos. Las máscaras deben ser utilizadas una sola vez y cambiadas cuando se humedecen (porque no son efectivas cuando están húmedas), deben cubrir boca y nariz evitando tocarlas mientras se las usa para ser descartadas en un recipiente apropiado.

La protección de boca y nariz con mascarilla debe complementarse con protección facial mediante careta descartable y ocular, dada por antiparras o lentes de plástico de alto impacto con cobertura ampliada hacia los laterales.

b. Guantes. Para el bloqueo de infecciones H1N1, la OMS está actualmente recomendando el uso de guantes para los trabajadores de laboratorios y una combinación de doble par de guantes de látex (o nitrilo en su defecto) para los trabajadores de morgues. Los guantes deben ser empleados no solo durante el acto de autopsia, sino cuando se manipula sangre, fluidos corpóreos, secreciones, excreciones, membranas mucosas y/o se realice la limpieza y desinfección del ambiente de trabajo, con el objeto de reducir la potencial transferencia de microorganismos de cadáveres infectados a personal sanitario a través de las manos del trabajador. Los guantes no deben ser usados como sustitutos del lavado de manos. Los guantes no deben ser reutilizados ni lavados.

c. Batas: Para el bloqueo de infecciones H1N1, la OMS está actualmente recomendando el uso de batas plásticas impermeables para la realización de autopsias o manipulación de muestras biológicas. Cuando se practican autopsias, se realizan

procedimientos que pueden generar aerosoles de sangre o fluidos biológicos, debiendo usarse batas largas con mangas largas y puños ajustados para proteger la piel no cubierta y el derrame en la ropa.

Los trabajadores deben cubrirse cualquier lesión abierta de la piel. Si la piel intacta, se contamina con sangre o fluidos biológicos debe lavarse lo más pronto posible con agua y jabón. Las batas no deben ser reutilizadas ni lavadas, debiendo ser descartadas en recipientes adecuados.

d. Botas: Durante la realización de autopsias se recomienda el uso de botas de goma de media caña, cerradas e impermeables, que permita su limpieza con agua y jabón para su reutilización. En caso de laboratorios donde el calzado no entre en contacto con líquidos corporales será suficiente la utilización de botas descartables sobre calzado cerrado.

6. TÉCNICA DE AUTOPSIAS: en aquellas circunstancias en que se produzcan fallecimientos sospechosos de , la práctica de autopsia no es obligatoria. Sin embargo el propósito de las autoridades de Salud Pública puede ser tener que confirmar el primer caso de fallecimiento por como inicio de la Pandemia. Hay dos circunstancias en las cuales se puede solicitar el estudio:

- *Muerte natural sin diagnóstico de certeza.* En este caso la autopsia se llama clínica o científica, y se realiza en la institución donde fallece el paciente, por especialistas habilitados a tal fin. De no contar con servicio de anatomía patológica para la práctica, se podrá solicitar colaboración a otro centro asistencial que cumpla con la complejidad requerida para arribar a un diagnóstico macroscópico de fallecimiento que permita realizar la certificación de defunción necesaria para la inhumación del cadáver, de acuerdo a las leyes vigentes (Normativa 040/2001 REC y CP GCABA).
- *Muerte violenta o sospechosa de criminalidad con diagnóstico confirmado o no de .* En este caso la necropsia se llama judicial o medicolegal, y se realiza en Morgues oficiales, de acuerdo a la jurisdicción interviniente, por peritos tanatólogos oficiales.

En ambos casos, la técnica de autopsia debe seguir los mismos lineamientos científicos propuestos para toda autopsia: ordenada, completa, sistemática e ilustrada. Las recomendaciones de bioseguridad son las especificadas anteriormente, correspondiendo utilizar equipos de protección nivel I, de tipo descartable, con protección facial mediante antiparras, y buco-nasal con barbijo triple capa o superior. Doble par de guantes. El nivel de seguridad ambiental recomendado no difiere de aquellos en los cuales se practiquen autopsias convencionales, siendo adecuado aquel que posee doble circulación para el personal y control sobre la recirculación de aire filtrado, temperatura y humedad ambiente.

7. INHUMACIÓN DE CADÁVERES: Las recomendaciones para la inhumación de cadáveres no difiere de las medidas propuestas para quienes fallecen por otras causas infecciosas, debiendo cumplir con los requerimientos de la Ley 15465/60 sobre Enfermedades Contagiosas y Transmisibles. Pudiendo realizarse el entierro o la incineración, respetando las leyes nacionales y reglamentaciones locales respecto del manejo de cadáveres. En aquellos casos en que el cuerpo deba ser trasladado al exterior, deberá cumplirse con las normas para el transporte internacional de cadáveres, según Resolución 2005/68 de la Secretaría de Salud de la MCBA, la cual tiene aplicación local a la Ciudad de Buenos Aires, y de la que se ha desprendido las resoluciones provinciales. El transporte de cuerpos desde y hacia las morgues deberá realizarse en

bolsa plástica de alta densidad, impermeable y con cierre hermético. Debidamente identificada como material infectocontagioso. El personal que realice el transporte deberá cumplir con las normas de bioseguridad dispuestas por ley a tal fin, respecto de quienes manipulan materiales biológicos potencialmente infecciosos.

8. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS: Dado que el virus es inactivado con 70% de alcohol o con cloro, se recomienda la limpieza de superficies con un detergente neutro seguido de una solución desinfectante apropiada como hipoclorito de sodio al 1% (dilución 1:5 de la lavandina comercial de 50gr/l), para desinfección de material contaminado con sangre o fluidos biológicos; Alcohol isopropílico o etílico al 70% para superficies metálicas, tablas u otros objetos en los que no se pueda utilizar hipoclorito. Las superficies que frecuentemente son tocadas con las manos, como la superficie de los equipos médicos o botones de ajuste o apertura, deben ser limpiadas al menos 2 veces al día, luego de cada autopsia o cuando se supone que estén contaminadas. En todos los caso deberá cumplirse con las Normas de Bioseguridad para Establecimientos de Salud, según Resolución 228/93 del Ministerio de Salud de la Nación.

9. MANEJO DE LOS RESIDUOS: Todos los residuos generados de las áreas deben ser eliminados en bolsas adecuadas como el resto del material infeccioso hospitalario, según Ley 24051/92 que entiende sobre el Manejo de Residuos Peligrosos. Una sola bolsa es usualmente adecuada. Si esta bolsa se ensuciara por fuera, utilizar dos bolsas. Las bolsas de residuos deben estar adecuadamente marcadas. Los residuos líquidos como la orina, las heces o el agua utilizada durante la autopsia pueden ser eliminados a través del sistema habitual de servicios cloacales.

10. TRASLADO DE MUESTRAS: El traslado de muestras deberá realizarse con las mismas medidas de bioseguridad recomendadas para cualquier material potencialmente infectocontagioso, no siendo necesario que vehículos de transporte sanitario ni personal a cargo realicen ningún tipo de descontaminación distinto a los habituales.

Se recomienda que las muestras tomadas durante la autopsia sean: 1. Hisopado de vía aérea superior (traquea o bronquio fuente) con hisopo plástico y medio de transporte indicado por el Laboratorio de Virología del Instituto Malbrán. 2. Fragmentos de tejido pulmonar, tomados de áreas macroscópicamente representativas, remitidos en envase plástico con tapa rosca y doble bolsa protectora. La conservación del mismo hasta su procesamiento se hará en frío (4° a 8°, por un periodo no mayor a 48 hs.) 3. Sangre periférica obtenida de vasos de cuello, remitida con EDTA como anticoagulante.

11. CADENA DE CUSTODIA DE MUESTRAS: El desconocimiento actual del potencial poder infectante del virus, como de las vías ciertas de transmisión convierten a las muestras biológicas en elementos de temor y ansiedad tanto para el personal sanitario como para la población profana, por lo cual se recomienda que se arbitren los medios necesarios para que se realice una cadena de custodia de las muestras durante su traslado a los centros de referencia por personal idóneo y se evalúe en cada caso en particular la necesidad de acompañamiento por fuerzas de seguridad con competencia jurisdiccional.

ANEXO 5

VIGILANCIA VIRAL DE LABORATORIO

Toma de muestras de casos sospechosos de influenza porcina

Para incluirlo en este algoritmo de trabajo, el paciente debe estar comprendido en la definición de caso que esté consensuada y debe cumplir con las condiciones epidemiológicas que lo caractericen como caso probable de influenza aviar.

Se deberá tener en cuenta la provisión de elementos adecuados (hisopos, medios de transporte para virus y envases de seguridad) para los establecimientos donde se proceda a la toma de muestras, además de los elementos de protección del personal.

Las muestras clínicas recomendadas para el diagnóstico son: hisopados nasal (HN), faríngeo (HF) y una primera muestra de sangre entera para la detección de anticuerpos. El Aspirado Nasofaríngeo no se recomienda por ser una muestra que genera mayor exposición al operador.

Las muestras se enviarán por nuestra Red de laboratorios hacia el Laboratorio de Viroológico del Hospital Horacio Heller y de allí al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), Servicio Virosis Respiratorias, INEI-ANLIS C. G. Malbrán. Av. Vélez Sarsfield 563. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP1281. El envío se hará inmediatamente bajo normas IATA, refrigerado y acompañado de una ficha clínico-epidemiológica.

En el periodo de alerta de pandemia (fases 4 a 6), los laboratorios de la Red no procesarán las muestras pertenecientes a casos probables para evitar infecciones entre el personal.

Procedimientos para la toma de muestras:

Preliminar:

Hasta nuevo aviso se reproduce el material emitido por Nación y Anlis Malbrán. No obstante hasta la recepción de los materiales de toma y medios de transporte allí sugeridos, el laboratorio del H. Heller recibirá las muestras habituales, con los medios de transporte usados hasta la fecha, para virus respiratorios. Se debe aclarar y acompañar la muestra, con la ficha de notificación individual correspondiente, que se trata de *sospecha de Virus de Gripe Porcina*, para proteger a nuestro personal y que la misma sea remitida con preferente despacho hacia el Malbrán.

Hisopado nasal

- Complete la ficha de identificación de la muestra.
- Colóquese los elementos de protección personal apropiados para proceder a la toma de la muestra.
- Retire de la heladera un tubo con medio de transporte.
- Rotule el tubo de manera que pueda identificarse la muestra utilizando para ello un marcador de tinta indeleble.
- Utilice un hisopo estéril de dacrón con palillo plástico (no usar hisopos de madera y algodón). Retire uno de su envase.
- Sostenga el hisopo por el palillo.
- Incline suavemente la cabeza del paciente hacia atrás sujetando el mentón .
- Inserte el extremo de dacrón del hisopo en la nariz derecha del paciente
- Gire el hisopo sobre la mucosa nasal para asegurar que se recojan células y mucus. Evite que se produzca sangrado de la mucosa.
- Retire el hisopo.

- Remueva la tapa del tubo con medio de transporte.
- Coloque el hisopo dentro del tubo de manera que quede sumergido en el medio de transporte.
- Corte el sobrante del palillo del hisopo.
- Cierre el tubo.
- Repita el procedimiento para la nariz izquierda.
- Coloque el segundo hisopo en el mismo tubo con medio de transporte. En el caso de utilizar medios de transporte comerciales, como por ejemplo Virocult o Deltalab, utilice un tubo con medio de transporte para cada hisopo.
- Cierre nuevamente el tubo asegurándose de hacerlo de manera tal que no se produzcan derrames del material.
- Envuelva el tubo con papel absorbente
- Coloque el o los tubos envueltos en la bolsa plástica con cierre hermético.
- Coloque la bolsa con los tubos y la ficha de identificación en el contenedor plástico (envase secundario).

Hisopado Faríngeo

- Retire de la heladera un nuevo tubo con medio de transporte.
- Rotule el tubo de igual manera que el anterior.
- Tome el hisopo y sosténgalo por el palillo.
- Con la boca del paciente abierta y sosteniendo la lengua con un bajalengua realice un escobillado de la parte posterior de la faringe de manera que se recojan células y mucus con el extremo de dacrón del hisopo. Evite que se produzca sangrado de la mucosa.
- Retire el hisopo.
- Remueva la tapa del tubo con medio de transporte.
- Coloque el hisopo dentro del tubo de manera que quede sumergido en el medio de transporte.
- Corte el sobrante del palillo del hisopo.
- Cierre el tubo asegurándose de hacerlo de manera tal que no se produzcan derrames del material.
- Proceda de la misma forma que para el tubo con la muestra de HN.
- Puede usar la misma bolsa plástica y envase secundario que usó con la muestra de HN.

Sangre

- Complete la ficha de identificación de la muestra.
- Rotule un tubo plástico, con tapa a rosca, seco y estéril de manera que pueda identificarse la muestra utilizando para ello un marcador de tinta indeleble.
- Remueva la tapa del tubo.
- Desinfecte la superficie de la piel de la zona en que realizará la punción para la extracción de sangre.
- Extraer por venopuntura 5 cm³ de sangre.
- Colocar la sangre entera extraída en el tubo.
- Cierre el tubo asegurándose de hacerlo de manera tal que no se produzcan derrames del material.
- Envuelva el tubo con papel absorbente
- Coloque el tubo envuelto en la bolsa plástica con cierre hermético. Puede usar la misma que contiene las muestras anteriores y proceder de la misma forma.
- Coloque el contenedor plástico con todas las muestras del mismo paciente en la caja para realizar el envío.

- Verifique que la caja tenga pegadas las etiquetas correspondientes al destinatario y remitente del envío
- Coloque la caja en la heladera a 4°C (no congelar) hasta el momento del envío.
- Realice el envío de manera refrigerada.

Planificación Del Envío

Se recomienda planificar envío de muestras a través de la organización de red de laboratorios, integrando el subsector público con el privado y respetar los laboratorios de referencia Nacionales e Internacionales que la Nación disponga para la región Patagónica.

Los acuerdos serán establecidos de Laboratorio a Laboratorio, al igual que la evacuación de dudas relacionadas a la toma y transporte de las muestras.