

**PROTOCOLO DE ORGANIZACIÓN DEL INSTITUTO
DE MEDICINA TROPICAL PLAN DE INVIERNO Y
ANTE EVENTUALES CASOS DE GRIPE POR EL
VIRUS DE LA
*INFLUENZA A H1N1.***

Mayo – 2009

1. Creación del Comité.....	3
2. Organigrama.....	4
3. Funciones de los miembros del Comité	5
4. Plan Hospitalario.....	5
Triage	5
5. Gestión de camas	8
6. Mecanismo de control de admisiones y de altas de pacientes con enfermedad tipo influenza.....	8
7. Mecanismo de gestión de insumos y medicamentos para los pacientes.....	9
8. Gestión de recursos	10
9. Estrategia de almacenamiento y distribución de suministros y medicamentos.....	10
10. Manejo de Casos	14
11. Manejo del Incremento de la Capacidad Instalada ante gran demanda.....	14
12. Componente de Salud Ocupacional	15
13. Sistema de Control de Infección Intensificado para Influenza	15
14. Manejo de la Sobre-mortalidad.....	16
15. Capacitación.....	16
Anexos	18
Anexo 1. Equipos disponibles y requeridos – pandemia influenza 2009.....	18
Anexo 2. Listado de actual de personal.....	18
Anexo 3. Influenza A (H1N1) (influenza porcina)	21
Anexo 4. Guía para manejo de pacientes pediátricos con infección por el virus de inmunodeficiencia humana e influenza A H1N1	30
Anexo 5. Información de la influenza A (H1N1) gripe porcina para las personas que viven con VIH.....	31
Plan de invierno	33
Protocolo de manejo de la neumonía adquirida en la comunidad.....	34
Criterios de hospitalización.....	35
Tratamiento empírico de los niños con neumonía adquirida en la comunidad	35
Protocolo de manejo: Bronquiolitis.....	38
Laringitis.....	39

ORGANIZACIÓN DEL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL EN EL MOMENTO ACTUAL EN DONDE NO SE HAN REPORTADO CASOS DE GRIPE POR VIRUS DE LA INFLUENZA A H1N1 EN EL PAIS

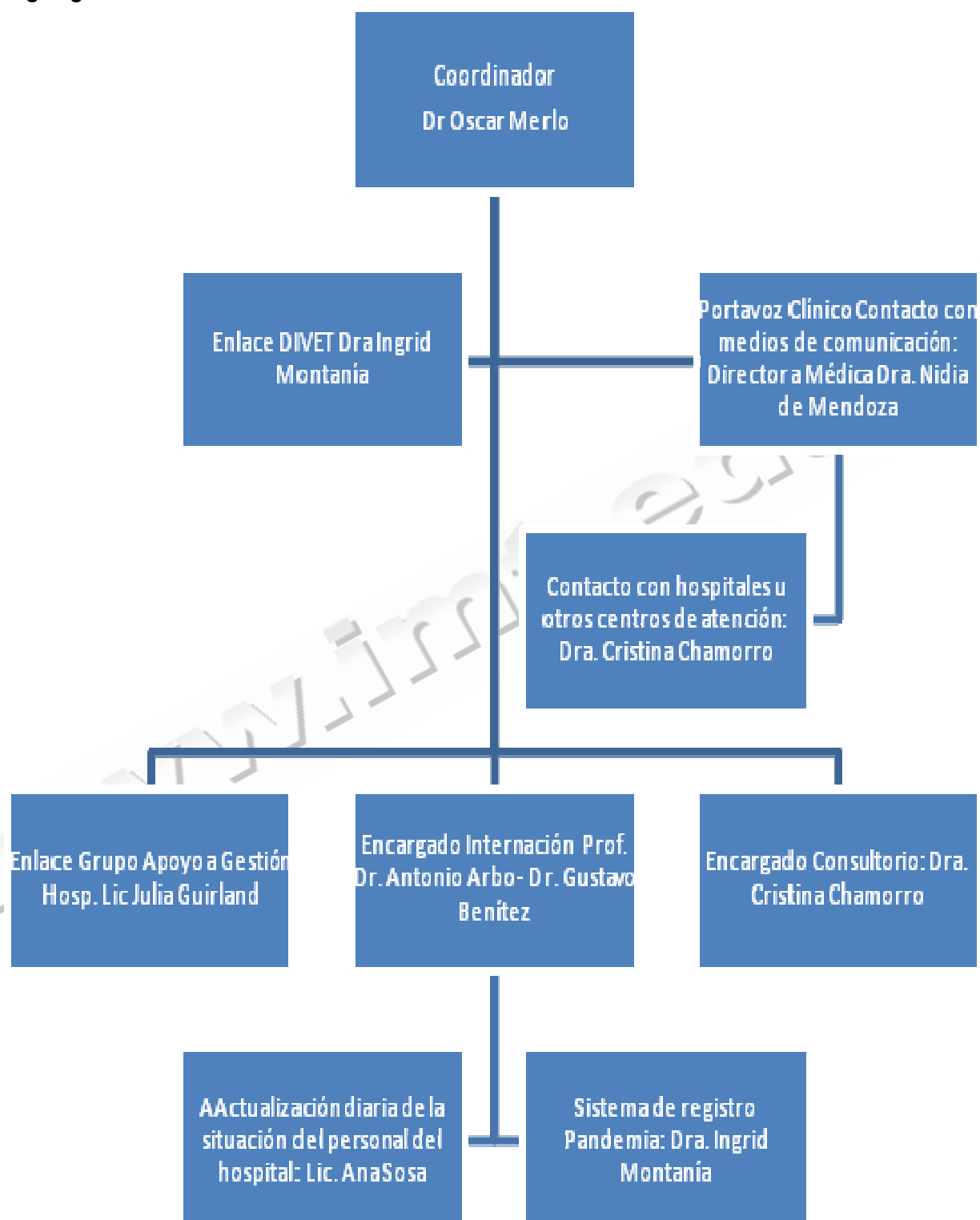
1. Creación del Comité

Se ha creado el Comité Hospitalario de Emergencia Fecha de Creación del Comité: 30/04/09 N° de Acta: 64/09

Miembros:

NOMBRE	FUNCIÓN	ESPECIALIDAD	CORREO ELECTRÓNICO
Dra. Nidia Cáceres de Mendoza	Directora Médica	Medicina Interna	director@imt.edu.py
Prof. Dr. Antonio Arbo	Jefe de Investigación y Docencia	Pediatría e Infectología	antonio.arbo@imt.edu.py
Dra. Dolores Lovera	Jefe Servicio Pediatría	Pediatría e Infectología	antonio.arbo@imt.edu.py
Prof. Dr Ramona Valdez	Jefe de SAI	Pronasida	
Dr. Silvio Apodaca	Jefe Sala Pediatría	Pediatría e Infectología	antonio.arbo@imt.edu.py
Dra. Soraya Araya	Jefe de Sala	Pediatría e Infectología	sorayaraya@gmail.com
Dr. Gustavo Benítez	Jefe Servicio Adultos	Infectología	clinica.medica@imt.edu.py
Dr. Juan Figueredo	Jefe Laboratorio	Bioquímico	director@imt.edu.py
Lic. Melania García	Jefa Dpto. Enfermería	Lic. Enfermería	director@imt.edu.py
Lic. Ana sosa	Jefa Higiene y Control de Infec.	Lic. Enfermería	director@imt.edu.py
Lic. Julia Guirland	Administradora	Lic. Administración	administracion@imt.edu.py
Sr. Mauro Zaracho	Jefe de RR.HH.		rrhh@imt.edu.py

2. Organigrama



3. Funciones de los miembros del Comité

Se a designado responsabilidades y funciones de los miembros del Comité

Funciones	Encargado
Coordinador del comité	Dr. Oscar Merlo Faella
Enlace con la dirección de Epidemiología	Dra. Ingrid Montanía
Enlace con grupos de apoyo a la gestión hospitalaria (ONG's, cuerpos de seguridad, cuerpos de emergencia, sistema educativo, medios de comunicación, empresas de servicios públicos: agua, alcantarillado, energía, teléfono, desechos, proveedores)	Lic. Julia Guirland
Encargado de los Informes de Salud Pública	Dra. Ingrid Montanía
Enlaces con organismos nacionales y locales de Salud	Dr. Oscar Merlo Faella
Contacto con medios de comunicación	Dra. Nidia de Mendoza
Contacto con otros hospitales o centros de atención del área de influencia	Dra. Cristina Chamorro
Actualización diaria de la situación al personal de hospital	Lic. Ana Sosa Dra. Soraya Araya
Sistema de registro de admisiones y altas por influenza pandémica	Dra. Ingrid Montanía
Informar a pacientes y visitantes de l hospital acerca de la actividad de la pandemia de influenza	Dra. Nidia de Mendoza
Actualización continua y permanente de la actividad de la enfermedad a nivel mundial, nacional y local	Dra. Ingrid Montanía
Componente de Educación y Entrenamiento sobre Influenza Pandémica	Prof. Dr. Arbo Sosa Dra. Soraya Araya
Componente de Triage y admisiones	Lic. Aurelia Ruiz y Adm. María Elena Chamorro
Definición de protocolo para la atención inicial y clasificación de pacientes teniendo en cuenta criterios clínicos y epidemiológicos	Prof. Dr. Antonio Arbo Dr. Gustavo Benítez
Apoyo a los pacientes y/o sus acompañantes durante el proceso de triage	Lic. Aurelia Ruiz
Mecanismo de control de admisiones y de altas de pacientes con enfermedad tipo influenza	Dra. Nidia Mendoza

En la reunión realizada en fecha 14 de mayo de 2009 donde se coordina el flujograma de atención a pacientes sintomático-respiratorios sospechosos de Influenza Tipo A H1 N1.
El ingreso del paciente se realizará de la siguiente forma:

4. Plan Hospitalario

Triage

El IMT cuenta con dos áreas para realizar Triage, un Área para la población general y la segunda área es el consultorio destinado a los pacientes con VIH/SIDA conocido como SAI

A. En el área de atención a la población general:

Se realizaran 2 Triage el primero destinado a separar los sintomáticos respiratorios de los pacientes sin síntomas respiratorios

El segundo triage esta destinado a clasificar según gravedad a los pacientes sintomáticos respiratorios

Área de Triage y circulación

Primer triage,

Localización: en la sala de espera frente a admisión

A la llegada del Usuario su primer contacto será con personal de salud capacitado en el triage quienes realizarán la clasificación

- a. en sintomáticos respiratorios o
- b. sin síntomas respiratorios y ordenaran el camino a seguir a cada grupo

1. Se considerara como sintomático respiratorio a cualquier paciente con: “aparición reciente (menos de 7 días) de al menos dos de los siguientes síntomas: rinorrea, congestión nasal, dolor de garganta, tos (con o sin fiebre o febrícula)”.
2. El personal que atenderá el triage estará equipado con las medidas de protección personal.

A los pacientes sintomático-respiratorios:

1. Se le va a suministrar a los casos sospechosos mascarilla quirúrgica para su uso mientras permanezcan en el área de 2do. triage y en tránsito por el establecimiento.
2. debe ser enviado al área de Sala de Espera de 2do triage destinado a pacientes sintomático-respiratorios, que estará situado en el Acceso al Servicio de Diagnósticos.
3. Los consultorios destinados para la atención de los pacientes sintomático-respiratorios serán los Consultorios 3, 4, 5 y 6
4. Los consultorios 1 y 2 serán equipados para atención de urgencias en pacientes respiratorios
5. El registro de los pacientes se realizara en el consultorio por el medico
6. La toma de material para laboratorio será realizada en el mismo consultorio de atención a pacientes sintomático-respiratorios. Por personal de enfermería destinado para ello
7. El personal que trabaje en los consultorios 1, 2 y 3 4, 5, 6 deberá contar con equipo de protección personal.
 - a. Mascarilla N 95
 - b. Alcohol gel en cada consultorio
 - c. Guantes de contacto
 - d. Bata
3. En caso necesario de Hospitalización los pacientes serán conducidos a las áreas de internación destinadas para tal efecto por el pasillo que pasa frente a radiología

Los pacientes sin síntomas respiratorios en esta contingencia:

1. Ingresaran por el área de urgencias
2. Serán atendidos en los consultorios de la urgencia

Para poder cumplir con este aislamiento respiratorio se deberán suspender los siguientes servicios

- a. Consultas de Dermatología
- b. Consultas de Cardiología
- c. Consultas de Urología
- d. Consultas de Diabetes
- e. Consultas de Zoonosis pasaran al CAN
- f. Consultas de Reumatología
- g. Servicio de diagnósticos ECG
- h. Servicios de diagnóstico de Ecografía.
- i. Análisis clínico de rutina para pacientes externos

Segundo triage

Ubicación en la sala de espera de los pacientes sintomáticos respiratorios

Define si:

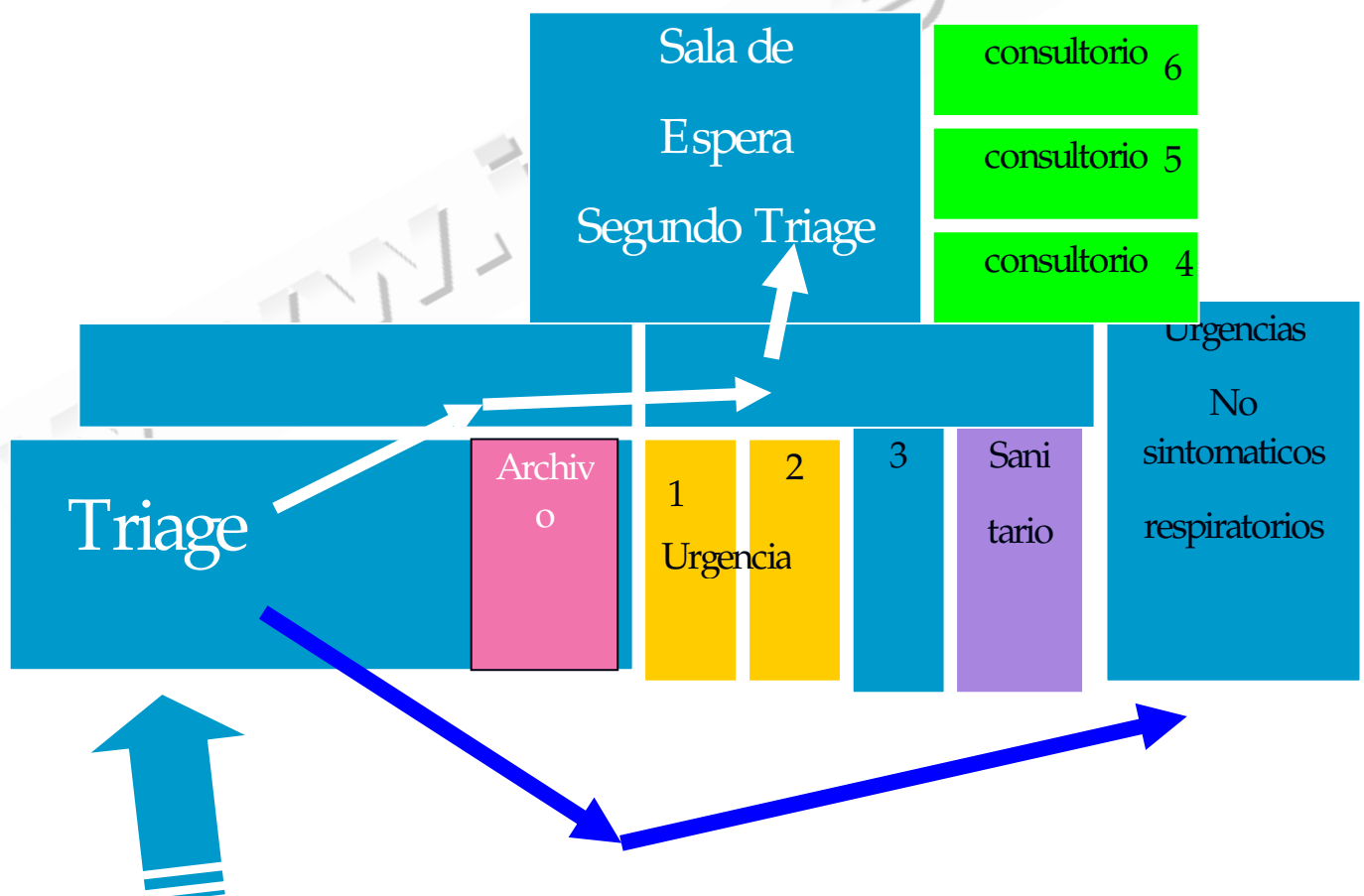
- El paciente espera la consulta
- EL paciente pasa a urgencias
- El paciente necesita de Internación Inmediata
- EL paciente Necesita de UTI

En el consultorio:

- El registro de los pacientes se realizara en el consultorio por el medico que lo atiende
- La toma de material para laboratorio será realizada en el mismo consultorio de atención a pacientes sintomático-respiratorios. Por personal de enfermería destinado para ello
- El personal que trabaje en el segundo triage y en los consultorios 1 al 6 deberá contar con equipo de protección personal.
 - Mascarilla N 95
 - Alcohol gel en cada consultorio
 - Guantes de contacto
 - Batas manga largas con pretina

Resumiendo el algoritmo del 2do triage:

- Registro del paciente
- Consulta
- Toma de Muestras
 - Toma de análisis de laboratorio si es necesario
 - Toma de muestra para influenza
- Entrega de medicamentos



B. En el área de atención en pacientes inmunocomprometidos:

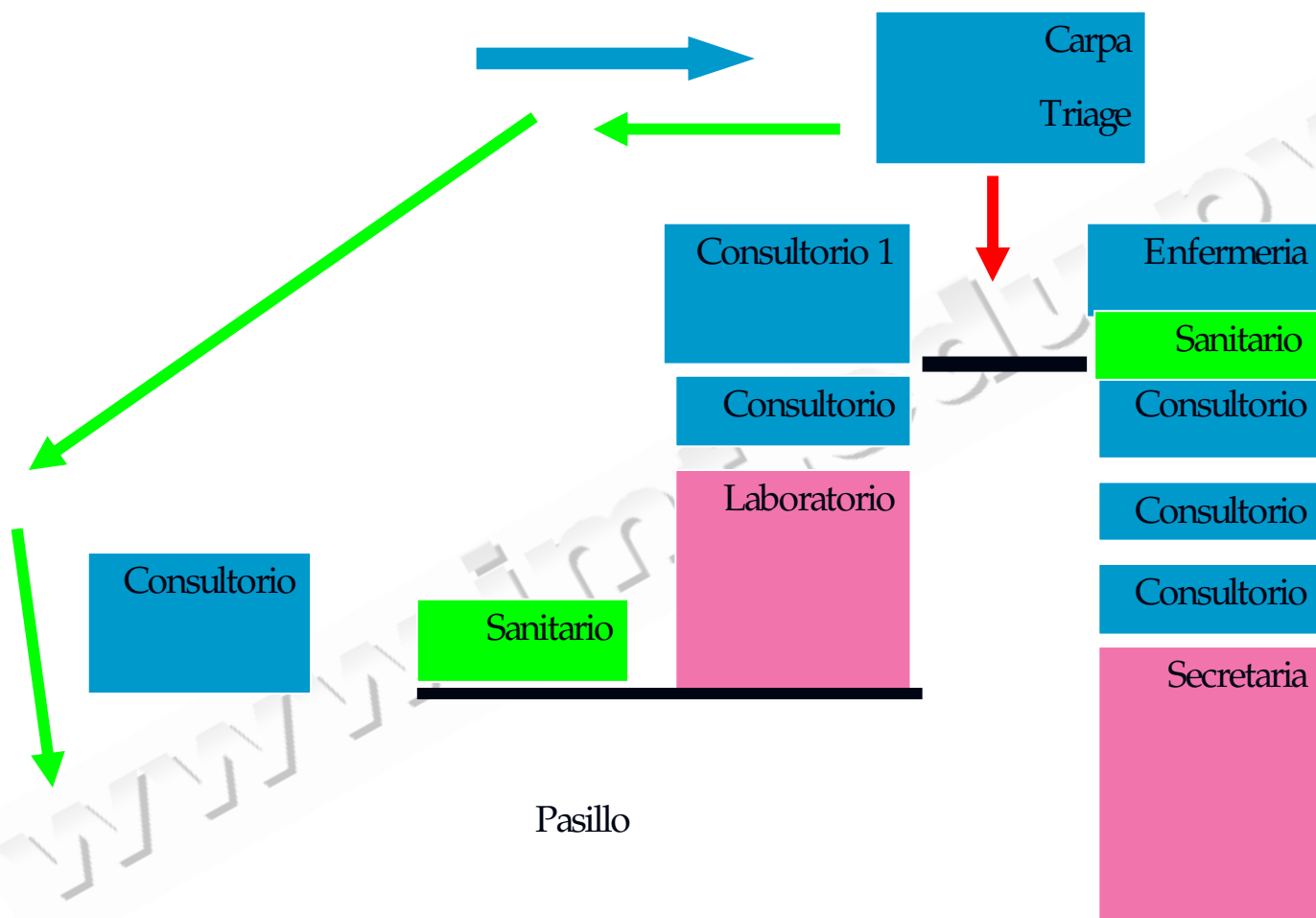
1er. Triage:

Area de triage y circulación:

Localización: puerta de entrada posterior que da directamente al consultorio de PRONASIDA. Se dispondrá de una carpa para área de espera frente a la entrada.

Al llegar el contacto con el primer contacto con el usuario será con el personal de salud capacitado en triage quienes realizarán la clasificación en:

- sintomáticos respiratorios
- sin síntomas respiratorios y ordenarán el camino a seguir a cada grupo.



Para realizar el triage en el área de inmunocomprometidos es necesario contar con carpas y bancos para la espera.

5. Gestión de camas

La Sala destinada para la internación de los paciente sintomático-respiratorios en el Área Pediátrica serán las Sala 7 y 8, que dispondrán dos camas por sala (total 4 camas pediátricas).

La Sala destinada para la internación de los paciente sintomático-respiratorios en el Área de Adultos serán las Sala 17 y 18, que dispondrán dos camas por sala (total 4 camas para adultos).

6. Mecanismo de control de admisiones y de altas de pacientes con enfermedad tipo influenza

MECANISMO DE ADMISIONES

- La dirección médica diariamente se informará sobre la disponibilidad de camas para su gestión.
- El médico responsable de la consulta decidirá la internación del paciente y solicitará a la dirección médica su internación.
- La dirección médica gestionará su ingreso en sala según donde corresponda (salas destinadas por paciente aislado o por cohorte).

- En caso de ausencia de la directora medica, el jefe de la guardia es responsable de la gestión, previa comunicación verbal con la directora medica.
- Cuando no se disponga de camas en la institución, la dirección médica informara a la encargada de comunicación con otros hospitales Dra. Cristina Chamorro para gestionar camas.

MECANISMO DE ALTA

- La directora medica, se encargara de recibir diariamente el informe de los pacientes y motivo por el cual continúan internados como el informe de los pacientes que se encuentran de alta antes de las 8:00 AM
- Un personal de enfermería se encargara de retirar las hojas de alta y la ficha de farmacia **CP9** de cada paciente firmada por el paciente o un familiar responsable anotando también su número de documento.
- Las fichas serán entregadas al departamento de admisión para el registro del alta y registro de exoneraciones.

7. Mecanismo de gestión de insumos y medicamentos para los pacientes

Actualmente el mecanismo de entrega de medicamentos e insumos se basa en una política de transparencia administrativa por lo cual participa en ella el familiar o acompañante del paciente. El mecanismo es el siguiente:

1. En la sala de internación el medico tratante escribe las indicaciones en la hoja de indicaciones que es un formulario con un duplicado que llevan el mismo numero
2. El original queda en la ficha del paciente
3. La copia es entregada a un familiar del paciente el cual con dicha copia retira los medicamentos de la farmacia en donde firma para dejar constancia de quien retiro
4. el familiar entrega los medicamentos a la enfermera encargado del paciente

Este método tiene por objeto que el familiar participe activamente en el control de los medicamentos usados en el paciente y se entere de todo lo que proporciona el hospital

Para la epidemia de H1 N1 este mecanismo deberá suspenderse para evitar que el familiar o cuidador de un paciente con Influenza circule por el hospital con riesgo de diseminar la infección

El mecanismo de gestión de insumos para los pacientes tiene por objetivo que el paciente reciba sus medicamentos y descártalos directamente a través de la atención de enfermería evitando en todo momento que familiares o acompañantes del paciente circulen por el hospital hasta la farmacia para proveer los medicamentos

1. La indicación medica de los pacientes serán retirados diariamente por un personal de enfermería designado para el efecto a fin de que el paciente o sus familiares no circulen libremente por el hospital.
2. Las indicaciones medicas serán llevadas a farmacia de la misma manera que las recetas para el kit.
3. Un personal de farmacia se encargara de preparar los insumos y separarlos por cada paciente.
4. Junto con el kit, personal de farmacia gestionara el retiro de los insumos para los pacientes.
5. Dicho personal se encargara de proveer los insumos quedando una copia de la indicación en farmacia y otra en la historia del paciente.
6. Un personal de enfermería registrara en la ficha de farmacia **CP9** el gasto diario de los pacientes tanto gastos de farmacia como de estudios realizados por el paciente.

7. Al alta el personal de enfermería se encargara de retirar los insumos que no han sido utilizados por el paciente a fin de dar ingreso nuevamente al stock de farmacia.

8. Gestión de recursos

Los RR. HH. necesarios para enfrentar y lograr hacer una adecuada clasificación de los pacientes respiratorios y seguir manteniendo la calidad en la atención de los pacientes con enfermedades infecciosas como ser accidentes ofídicos y rabia, Sida es necesario contar con:

- Uno (1) personal para archivo y manejo de historia clínica, debido a que se debe clasificar los pacientes en áreas totalmente diferentes, el archivo como unidad centralizada debe desmembrarse en varias partes
- Dos (2) Médicos Pediatras más y dos (2) médicos clínicos más para la atención de la demanda de pacientes.
- Pediatras: Dra. Claudia Cáceres, Dra. Carmen Acosta Horario de 17 a 20 horas
- Clínicos: Dr. Virgilio Lezcano, Dra. Stela Samaniego Horario de 17 a 20 horas
- Tres (3) técnicos de laboratorio para atender a la demanda aumentada de laboratorio, teniendo en cuenta que el laboratorio de Urgencia del I.M.T. funciona las 24 hs.
- Tres (3) Técnicos de Farmacia para poder lograr poner en funcionamiento las 24 hs. la Farmacia del Hospital.
- Personal de limpieza 3 tres para mantener limpio el área las 24 horas
- Un chofer para poder cubrir las 24 horas el manejo de la ambulancia recientemente adquirida por la institución

9. Estrategia de almacenamiento y distribución de suministros y medicamentos

Los insumos necesarios para enfrentar la Pandemia en el Hospital se han clasificado en:

1. Para protección al personal de salud
2. Insumos para el triage y la atención en la urgencia y consultorio.
3. Insumos para medios auxiliares de diagnóstico.
4. Insumos para la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Todos estos insumos han sido solicitados a la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud según Mesa de Entrada N° 937 del 04/05/09 y N° 1097 del 11/05/09.

1. Para protección del Personal de salud

INSUMO		DISPONIBLE	FALTA	REQUERIDO	RECEPCIONADO
Mascarilla quirúrgica	Para uso en consultorios generales personal administrativo en contacto con el público	2.000	4000	10.000	6000. UNIDADES
Mascarilla N95	Para uso del personal médico , enfermeras y personal de limpieza en contacto con pacientes confirmados o sospechosos de Gripe porcina	820	2000	2.000	0
Guante de procedimiento	Para uso del personal médico , enfermeras y personal de limpieza en contacto con pacientes confirmados o sospechosos de Gripe porcina y para el uso en la urgencias y consultorios y extracción de materiales para laboratorio	500	400 cajas	1.000	100 Cajas
Alcohol gel al 70%	Para uso del personal médico enfermeras y personal de limpieza en contacto con pacientes confirmados o sospechosos de Gripe porcina y para el uso en la urgencias y consultorios y extracción de sangre	86	200	500	300 Lts.
Batas mangas largas con pretina descartables	Para uso del personal médico , enfermeras y personal de limpieza en contacto con pacientes confirmados o sospechosos de Gripe porcina	0	0	5.000	Uds.

Batas mangas largas con pretina DE TELA	Para uso del personal en consultorio de sintomaticos respiratorios	0	0	100	Uds
Protector ocular	Para uso del personal médico y enfermeras y personal de limpieza en contacto con pacientes confirmados o sospechosos de Gripe porcina	50	0.	200	Uds.
Hipoclorito de sodio al 8%	Para la desinfección de las salas y las urgencias y consultorios	2.000	0	2.000	Lts.
Detergente enzimático	Para la desinfección de instrumentales y mobiliarios de rutina	225	190	200	10 Lts.
Iop Jabón 1000 cc	Para lavado de manos del todo el personal , visitas	300	492	500	8 Lts.

2. Insumos para el triage y la atención en la urgencias y consultorio

Carpa (toldo) (triage Pte.)	Es necesario instalar una carpa a la entrada de la urgencias para realizar el triage de todo el que llega al hospital	Se cuenta con escritorios camillas , sillas de ruedas todos los otros insumos necesarios para montar la consulta			
Termómetro		300	900	1.000	100 Uds.
Paracetamol comp.		0		100.000	Fcos.
Aerocamaras pediátricas		308	78	200	122 Unidades
Aerocamara Adulto		40	240	300	60 Unidades
Sabutamol en areosol		390		300	0
Adrenalina		1.000		2.000	0
Azitromicina comp.		0		60.000	0 Comp.
Ceftriaxona Inyect.		5.000		6.000	0 Fcos.
Azitromicina Susp.		0		10.000	0 Fcos.
Amoxi-sulbactam Susp.		0		10.000	0 Fcos.
Amoxi-sulbactam Comp.		0		10.000	0 Comp.
Suero fisiológico 1000 cc		5.000		9.000	0 Fcos.
Jeringa 10 cc		30.000		5.000	0 Uds.
Jeringa 5 cc		30.000		10.000	0 Uds.
Equipo Macrogotero		4.000		2.000	0 Uds.
Equipo Volutrol		1.000		5.000	0 Uds.
Llave 3 vias		0		5.000	0 Uds.
Punzocath N° 20		4.000		3.000	0 Uds.
Punzocath N° 22		4.000		3.000	0 Uds.
Punzocath N° 24		4.000		3.000	0 Uds.

3. Insumos para medios auxiliares de diagnostico

Hemograma	5.000	Determinaciones	5.000	0
PCR	1.500	Determinaciones	5.000	0
Gasometría				0
Balón de gas	1		1	0
Solución de referencia pH	1		1	0
B6 calibrador	1		1	0
Buffer tipo 1	1		1	0
Test rápido para dengue	0		500	0
Líquido para revelador automático	9		9	0 Bidones
Fijador	1		9	0 Bidones
Placa radiográfica 18 por 14	1		10	0 cajas
Placa radiográfica 24 por 30	15		15	0 C0ajas
Placa radiográfica 30 por 40	15		15	0 cajas
Placa radiográfica 35 por 35	1		10	0 cajas
placa radiográfica 35 por 43	10		10	0 cajas

4. Insumos para la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Item	Unid de Medida	Descripción	Especificaciones Técnicas	Cant.
1	Unidad	Kit de sistema cpap 100% silicona	El kit debe contener:	15
			Cánula nasal 100 % silicona Fr 12,1	
			Conector estándar	
			Sistema de tubuladura con rama inspiratoria y expiratoria	
			Adaptador para humidificador	
			Adaptador luer slip	
			Gorro para sujetar	
2	Unidad	Set de reposicion para sistema cpap	El set debe contener:	30
			♠ Cánula nasal 100 % silicona Fr 12,1	
			♠ Conector estándar	
			♠ Adaptador para humidificador	
			♠ Adaptador luer slip	
			♠ Gorro para sujetar	
3	Unidad	Kit de sistema cpap 100% silicona	El kit debe contener:	15
			♠ Cánula nasal 100 % silicona Fr 15,1	
			♠ Conector estándar	
			♠ Sistema de tubuladura con rama inspiratoria y expiratoria	
			♠ Adaptador para humidificador	
			♠ Adaptador luer slip	
4	Unidad	Set de reposicion para sistema cpap	El set debe contener:	30
			♠ Cánula nasal 100 % silicona Fr 15,1	
			♠ Conector estándar	
			♠ Adaptador para humidificador	
			♠ Adaptador luer slip	
			♠ Gorro para sujetar	
5	Unidad	Set de sistema cpap pediátrico	Compuesto de Mascara, Arnés, y tubuladura pediátrico	10

	Unidad	Set de sistema cpap adulto	Compuesto de Mascara, Arnés, Válvula de PEEP, corrugado y bolsa de anestesia	10
6	Unidad	Mascara con reservorio adulto	Conector de O2 de 2 metros de largo	50
7	Unidad	Mascara de cpap transparente	Con borde inflable, compatible con bolsa de resucitación con gancho para arnés N° 2	5
8	Unidad	Mascara de cpap transparente	Con borde inflable, compatible con bolsa de resucitación con gancho para arnés N° 3	5
9	Unidad	Mascara de cpap transparente	Con borde inflable, compatible con bolsa de resucitación con gancho para arnés N° 4	5
10	Unidad	Mascara de cpap transparente	Con borde inflable, compatible con bolsa de resucitación con gancho para arnés N° 5	5

10. Manejo de Casos

	Responsables	Estadio
Para el manejo de casos se utilizarán las guías de manejo trabajadas con	Prof. Dr. Antonio Arbo Dr. Gustavo Benítez	Completas y revisadas Anexo 3
Guía para el uso, distribución y administración de antivirales siguiendo criterios clínicos, de disponibilidad y de grupos prioritarios	Prof. Dr. Antonio Arbo Dr. Gustavo Benítez Dr. Oscar Merlo	Completas y revisadas Anexo 3
Protocolo para el proceso de toma de muestras, manejo de especímenes, transporte y reporte a las unidades de salud pública correspondientes	Dr. Juan Figueredo Dr. Juan Irala Dra. Ingrid Montanía	En proceso Anexo 3
Protocolo para el análisis de laboratorio clínico y procesamiento de muestras y para el reporte de resultados	Dr. Juan Figueredo Dra. Nidia Mendoza	En proceso Anexo 3
Protocolo para manejo de pacientes con enfermedad tipo influenza o influenza confirmada que coexistan con otros padecimientos de tipo agudo o crónico, VIH, leishmaniosis, ofidismo, rabia	Dr. Gustavo Benítez Dra. Nidia Mendoza Dra. Dolores Lovera Dra. Soraya Araya	En proceso Anexo 4
Formulación de lineamientos o pautas para el triage de pacientes que requieran atención en cuidado crítico o ventilación mecánica bajo circunstancias de capacidad de atención excedida	Dra. Julia Acuña Dr. Oscar Sánchez Dr. Oscar Merlo	En proceso Anexo 5

11. Manejo del Incremento de la Capacidad Instalada ante gran demanda

Inventario actualizado de la capacidad física existente para la atención hospitalaria de pacientes	Camas de urgencias: 5 Camas de Terapia: 7 Camas de Pediatría: 21 Camas de Adultos: 23	Camas posibles: 56
Inventario actualizado de la capacidad física existente para la atención ambulatoria y hospitalaria de pacientes	Consult. destinados para IRA Consultorios: 1 al 6 Consult. destinados a no IRA Urgencias VIH	
Inventario actualizado de equipos, suministros, materiales y medicamentos para la atención de pacientes con patología respiratoria	Lic. Melania García Lic. Olga Fernández Lic. Raquel González Q. F. Gladys Chilavert	Anexo 1
Inventario actualizado de recurso humano existente	Sr. Mauro Zaracho	Anexo 2
Determinación del número mínimo y del tipo de personal requerido para atender pacientes con influenza pandémica	Dr. Oscar Merlo	
Responsable de la evaluación día a día de los requerimientos de personal durante la pandemia de	Lic. Ana sosa	

influenza.		
Evaluación de la estrategia para incorporar personal extra (foráneo, estudiantes, practicantes, jubilados, etc.).	Dr. Oscar Merlo Lic. Melania	
Apoyo logístico al personal en turno adicional y al personal extra	Lic Ana sosa	
Establecimiento de un umbral para la cancelación de servicios y prestaciones.	Dr. Oscar Merlo	
Convenios o acuerdos con otros hospitales para recibir pacientes sin influenza.	Dr. Oscar Merlo Dra. Nidia Mendoza	En Proceso
Estrategia para garantizar suministro de servicios básicos	Lic. Julia Guirland Eliseo González	Hecho
Estimación del incremento de equipos, materiales, medicamentos y suministros para atender el exceso de demanda.	Comité de urgencias	Hecho
Estrategia para contar con los recursos requeridos ante el exceso de demanda.	Comité de urgencias	Hecho
Estrategia para la administración, almacenamiento y distribución de insumos y suministros.	Comité de urgencias	Hecho
Estrategia de reordenamiento funcional de servicios.	Comité de urgencias	Hecho
Estrategia para la utilización y habilitación de áreas alternativas de atención externas al hospital.	Dr. Oscar Merlo	
Políticas de control de acceso al hospital (cierre de admisiones, restricción de visitas).	Lic. Ana Sosa	Hecho

12. Componente de Salud Ocupacional

Protocolo o guía de bioseguridad para el personal asistencial y los funcionarios que pudieran entrar en contacto con pacientes con enfermedad tipo influenza o especímenes generados por estos (personal médico, de enfermería, de laboratorio clínico, etc.).	Lic. Ana Sosa	Anexo 3 Anexo 4 – HIV e influenza (niños) Anexo 5 – HIV e influenza (adultos)
Definición de política y guía para la implementación de profilaxis con vacuna o con antivirales al personal del hospital con base en el nivel de contacto con los pacientes y el riesgo personal por complicaciones de influenza.	Lic. Ana Sosa	Hecho
Sistema para el suministro de vacunas o profilaxis antiviral al personal del hospital.	Dra. Mendoza	Hecho
Sistema para detectar personal sintomático antes de que se reporte a sus deberes.	Lic Melania Dra. Cristina Chamorro	
Política establecida para el manejo de personal con síntomas de enfermedad tipo influenza o de influenza pandémica comprobada.	Dra. Cristina Chamorro	
Políticas de licencias o reubicación laboral para personal en alto riesgo (gestantes, inmunosuprimidos)	Lic. Melania García	
Identificación de recursos en asesoría psicológica y/o espiritual de apoyo al personal durante la pandemia.		

13. Sistema de Control de Infección Intensificado para Influenza

Adopción de guías de control de infección específicas para influenza.	Dra., Montanía	Hecho
Establecimiento de protocolo de bio-protección en la atención de pacientes con enfermedad tipo influenza.	Lic Ana Sosa	Hecho

Estrategia de distribución y utilización de elementos de protección personal (mascarillas quirúrgicas, mascarillas tipo n-95, gafas, guantes, batas, soluciones de alcohol, etc.).	Lic. Melania García Lic. Ana Sosa	Hecho
Directrices para el manejo de utensilios y ropa en contacto con pacientes con influenza confirmada.	Lic Ana Sosa	Hecho
Directrices para la desinfección y/o disposición final de equipos y dispositivos médicos en contacto con pacientes con influenza confirmada.	Lic Ana Sosa	Hecho
Directrices para el manejo pre-hospitalario y traslado de pacientes infectados con influenza o con posible infección.	Lic Ana Sosa	Hecho
Directrices para la bio-protección en sitios alternativos de atención.	Lic Ana Sosa	Hecho
Directrices para la bio-protección en la atención domiciliaria.	Lic Ana Sosa	Hecho
Directrices para la bio-protección en el manejo de cadáveres con influenza confirmada.	Lic Ana Sosa	Hecho
Programa de vigilancia de transmisión nosocomial para influenza.	Dra. Montanía	Hecho
Implementación de programa de Etiqueta Respiratoria Universal en las áreas de atención de pacientes.	Lic. Aurelia	Hecho
Implementación de un programa de higiene de manos	Lic Ana Sosa	Hecho

14. Manejo de la Sobre-mortalidad

Definición de un protocolo para el manejo masivo de cadáveres con base en los lineamientos nacionales o locales.	Dr. Merlo	En proceso
Revisión de la capacidad máxima de morgue del hospital.	Dr. Merlo	4 lugares
Estrategia de coordinación con autoridades locales y regionales para el incremento de la capacidad de morgue en la región.	Dr. Merlo	En proceso
Estrategia de coordinación con el gremio funerario.	Dr. Merlo	En proceso
Estimación de la mortalidad para el cálculo de requerimientos en bolsas y mortajas.	Dr. Merlo	
Identificación de los proveedores de materiales para manejo post mortem.	Dr. Merlo	En proceso
Realización de ejercicios de simulación y simulacros	Dr. Merlo	
Programación de ejercicios de simulación para medir el nivel de coordinación entre los miembros del comité de pandemia.	Dr. Merlo	
Realización de ejercicios de simulación para medir el nivel de coordinación entre los miembros del comité de pandemia.	Dr. Merlo	
Programación de simulacros para medir el nivel de respuesta ante la pandemia de influenza.	Dr. Merlo	
Realización de simulacros para medir el nivel de respuesta ante la pandemia de influenza.	Dr. Merlo	

15. Capacitación

Se han realizado las capacitaciones para el personal de salud a partir del mes de abril con la aparición de los primeros casos en el mundo, tanto personal medico como enfermería, así también personal administrativo recibió instrucción de manejo ante los posibles casos de influenza AH1N1, dichas jornadas se detallan a continuación.

Charla	Asistentes	Fecha
1. Virus de la Influenza AH1 N1. Conceptos generales	65	7-04-09
2. Influenza A H1N1. Abordaje y tratamiento	56	21-04-09
3. Influenza A H1 N1. Actualizaciones	71	5-05-09
4. Jornada de actualización y capacitación para enfermería	49	27-05-09
5. Control de infecciones.	42	6-05-09
6. Jornada de actualización en servicio de alimentación.	62	20-05-09

Anexos

Anexo 1. Equipos disponibles y requeridos – pandemia influenza 2009

DPTO. DE ENFERMERÍA - I.M.T.
EQUIPOS DISPONIBLES Y REQUERIDOS – PANDEMIA INFLUENZA 2009

DESCRIPCION	DISPONIBLE EN SALA DE INTERNADOS	DISPONIBLE EN DEPOSITO
Camas con colchón	27	
Cunas con colchón	8	
Cama	56	10
Colchón para cama	56	16
Flujómetro para oxígeno	26	0
Humidificador de oxígeno	15	0
Micronebulizador	30	30
Portasueros	50	35
Balón de oxígeno	6	0
Manómetro para oxígeno	4	5
Cánula nasal para oxígeno	50	100
Saturómetro para oxígeno	2	2
Aspirador	5	2

Anexo 2. Listado de actual de personal

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRES Y APELLIDOS
BLANCA ELENA LLANES	MIRIAN ALICIA GONZALEZ RIVEROS	ISABEL GALEANO
GUILLERMINA PITA	VICTORIANO CARDOZO	MIRIAN RAMONA FLORIBELLO
DIONISIO RAMON GODOY	ANA DEL ROSARIO SOSA RIOS	CINTHIA LETICIA ARANDA
GLORIA ANTONIA MEZA ROJAS	NOELIA FABIOLA ZARACHO	JUAN DOMINGO IRLA LEDEZMA
DIONISIA ARELLANO TORALES	LILIAN ROSANA MARTINEZ	MELANIA GARCIA GAVILAN
GILBERTO CAÑETE	MARIA ESTELA BENITEZ DE MARTINEZ	OLGA BEATRIZ FERNANDEZ A
MARIA ESTELA RIVEROS MEAURIO	BAUDELIO RUBEN MORAES	IRENE FLEITAS
CECILIO CANO FLORES	MYRIAN PATRICIA CORONEL	MARIA ELENA AYALA ESTIGARRIBIA
VICTOR FERNANDO HAMUY DIAZ DE B	CESAR RENE ZALAZAR GALEANO	FRANCISCA EDELIRA OCAMPOS D
CRESCENCIA URUNAGA DE RECALDE	MIRTHA CAROLINA FLORES	BENICIO RECALDE URUNAGA
BALBINA CONCEPCION PAVON	HERNAN ALEXI SERVIN SALDIVAR	MARIA GRACIELA AGUIAR MEZA
ELENA CLARA RAMONA OLMEDO	ALCIDES AUGUSTO OLMEDO LOPEZ	SILVIA MARIA JOJOT GONZALEZ
GLORIA G DE VALDOVINOS	BLANCA ZUNILDA ARMOA AGUAYO	GLORIA CECILIA SOTO
SINFORIANO AYALA OJELA	CARLOS AUGUSTO MOSQUEIRA ROMERO	ARIEL ATANACIO PERALTA MARTINEZ
ANGELA BRITOS DE TRINIDAD	MARILINA SOSA GALARZA	JUAN ANTONIO FIGUEREDO MEDINA
NIDIA ESTHER DE MENDOZA	GUIDO IDENFONSO REYES FOSSATTI	GREGORIO GUSTAVO BENITEZ E
EUGENIA NELIDA ENCISO ARRUA	LURDES RAQUEL GAONA ROMERO	DOMINICA LEGUIZAMON DE CORONEL
PABLO MARIN DUARTE RAMIREZ	JUAN CARLOS PORTILLO	DOMINGA ANASTACIA RUIZ ACOSTA
RAMON DELGADO SEGOVIA	PATRICIA DOMINGUEZ ORUE	CARLA CRISTINA CRICHIGNO
MYRIAN ASUNCION MENDEZ MONTIEL	VIRGILIO GASTON LEZCANO	MARTA BEATRIZ ESTIGARRIBIA MARIN
HECTOR RUBEN MOLINAS NOVERI	ECON. EDITH KARINA PAZ SERVIN	MARIA AZURINA QUINTANA MEDINA
PETRONA PABLA GIMENEZ DE B	MARIA ESTELA CABAÑAS	PIADOSA CONCEPCION GODOY F
GUSTAVO ARISTIDES AGUILAR G	MARINA ADELAIDA AGUILERA	ELISA VUYK MENDOZA
MARIA LUZ GONZALEZ DE AMARILLA	LOURDES EVELIN ACOSTA CENTURION	ALBA ESTELA ESPINOLA DE C
JUAN EMILIANO JARA CHAVEZ	ELVIO JOAQUIN BAZAN AMARILLA	LUDY YOLANDA CABRAL GUENS
JUAN DOMINGO MACIEL ORTIZ	ANIBAL ESPINOLA FARIÑA	LIBRADA MARGARITA LARRAMENDIA
ARSENIO LEZCANO SIMBRON	CARMEN ELIZABETH CHAMORRO	CLOTILDE VALDEZ DE TOLEDO

CESAR EMILIO FLORES BATTILANA	SONIA BEATRIZ MARTINEZ MARTINEZ	MARIA ANGELA SALINAS BERDUN
MARIA MAGDALENA SANCHEZ	ANDRES ROMAN TOLEDO GONZALEZ	SILVANO TRIFON SERVIAN BERNAL
MARIA FATIMA RAMONA OVELAR DE L	ANALIA PENAYO RODRIGUEZ	DOMINGA DEJESUS PERALTA ACOSTA
CRISTINA OLGA CHAMORRO DE G	ADRIANA CONCEPCIÓN AMARILLA	EVANGELINA CANDIA MARTINEZ
STELA TOMASA MAS DE BENITEZ	VIVIANA BEATRIZ CUELLAR	ANIBAL RAMON ARGUELLO AQUINO
JULIA MARIA GUIRLAND DE CACERES	EUN KYUNG NA	CESAR AUGUSTO OLIVERI ALVAREZ
ROSE MARIE ALBORNO	MARIA FATIMA FIGUEREDO	GLADYS SOFIA FLORENTIN O
HUGO MARCIAL SILVERO MORENO	NESTOR LUIS COLMAN GALEANO	TANIA ESTHER SAMUDIO DE NUÑEZ
ANA MARIA CAMPOS GONZALEZ	MARIA GLORIA OBELAR ACOSTA	MARINA BEATRIZ MEDINA
ANTONIO HERIBERTO ARBO SOSA	ALICIA ESTHER FILIPPINI	GRISELDA DIAZ ORTELLADO
ROSA ANCHILLA MAYOR OXILIA	GERARDO LUIS MANCUELLO SANCHEZ	ROBERTO RECALDE URUNAGA
FRANCISCA MERCEDES VALDIVIESO	JUAN DE ROSA MARTINEZ DELVALLE	ISABEL BENITEZ PARRA
ANA MAXIMINA ARANDA	ADALIA BENITEZ FLORENTIN	VIOLETA NATHALIE MACHUCA M
GLADYS ELVIRA PORTILLO DE C	MARIA ESTHER GOMEZ	JUAN CARLOS MOREL CABALLERO
OSCAR SANCHEZ RAMIREZ	DELIA NOEMI OLIVEIRA PEREZ	HERNAN DIOSNEL RODRIGUEZ E
CARMEN BOGARIN	PAMELA BEATRIZ TORRESAGASTI ALSINA	HILDA JOSEFINA SEGOVIA GALEANO
CLOREINDA GONZALEZ PAIVA	ANDRES ANTONIO RIVEROS LLANO	RAFAELA TROCHE RECALDE
TOMAS ANIBAL GONZALEZ ROMAN	MARLENE CONCEPCION GIMENEZ	MARCELINA CACERES DE LOPEZ
OSCAR MANUEL MERLO FAELLA	CLAUDELINA CORONEL RECALDE	MYRIAN TERESITA TROCHE
GLADYS CONCEPCION FERREIRA D	PATRICIA BEATRIZ VALIENTE GONZALEZ	MARIA CRISTINA SAN MIGUEL DE V
CARMEN GRACIELA DEJESUS ACOSTA	ANA LIZ GIMENEZ DUARTE	NICOLAZA ALVARENGA DE NUÑEZ
GLADIS CONCEPCION MARECOS DE M	DIANA PETRONA GARCIA DELVALLE	SILVERIO GONZALEZ AQUINO
ISAILDA VENEGAS	LILIANA MABEL ALMADA	SANDRA ELIZABETH STATUNATO G
ROBERTO RUIZ DIAZ SANCHEZ	JAVIER NICOLAS PEREIRA PATIÑO	URSULINO ANDRES ROMERO BENITEZ
CARLOS HUGO GODOY YAMBAY	LILIAN SOLEDAD BENITEZ MIRANDA	PETRONA JARA
MARIA CANDELARIA VIVEROS VERA	LILIAN ANDREA ORTIZ LOPEZ	EMIGDIA ISABEL PEREIRA DE A
JOSE FELIX RUIZ DIAZ GALEANO	MARIA CRISTINA URBIETA MARTINEZ	SUSANA ELISA PARRIS PINO
GLADYS MARISA ROMERO SOLIS	GUSTAVO RAMON SALINAS RUIZ	AURELIA BEATRIZ RUIZ FERNANDEZ
VICTORINO LEONCIO ROMERO FLOR	LOURDES MARIA ESPINOLA BAEZ	NESTOR JAVIER FLOR LUGO
CARLOS ALEJANDRO GAMARRA F	CRISTHIAN SANABRIA GRAY	KATIA LORENA PERALTA
RAMONA ANTONIA CUEVAS VERA	SILVIA SALINAS PAREDES	LYS MARIA EUGENIA MAYOR
MARIA TERESA ENCISO ARRUA	NANCY CAROLINA GONZALEZ	GLORIA EDITH BENITEZ
ATILIO GONZALEZ VEGA	GILDA AQUINO COLMAN	NERI GABRIEL COLMAN GALEANO
VICENTA IGNACIA CAÑETE DE ARAUJO	MARTHA VIVIANA MORINIGO CHENA	MARIA JULIA AGUIAR ACUÑA
CELESTINA CONCEPCION PERALTA C	LOURDES MARIA ESCOBAR CARDOZO	SONIA LIZ AYALA RECALDE
FRANCISCA GALEANO ARANDA	GRACIELA BEATRIZ SALINAS ACOSTA	CECILIA BORDON ALVAREZ
GLADYS OVELAR DE CHILAVERT	RONI RAMON BENITEZ FLORENTIN	MARTA MARIA JOSE SANCHEZ
MYRIAN CELESTE CAÑETE DE CURI	JUAN CARLOS OCAMPOS MERCADO	CLAUDIA PATRICIA OVELAR
NELLY BENEFRIDA TRINIDAD BUGGIA	CASILDO SANABRIA FARIÑA	JULIANA GALEANO DE ZALAZAR
MARIA SUSANA SAMANIEGO DE S	LUCIA CAROLINA NUÑEZ ALVARENGA	MARIA RAQUEL GONZALEZ ALEGRE
JUANA DE LA CRUZ VERGARA CAÑETE	PATRICIA ARANDA	ALDO ULISES RUIZ DIAZ CAMPPIZ
CYNTHIA CAROLINA CASTRO F	DANIEL MELGAREJO ZARATE	MARIA SOLEDAD CARDOZO
MARIA ELENA CHAMORRO GRASSI	SONIA VIRGILIA CENTURION	DANIEL NUÑEZ SALINAS
BERNARDINO ALCARAZ CABALLERO	MARIA AUDELIA ARAUJO PEREIRA	LOURDES ISABEL ARANDA
EDELIRA AYALA DE PAREDES	CARLOS ATANACIO BARRETO SAMANIEGO	OLGA CRISTINA MEDINA
GRACIELA TRINIDAD GONZALEZ	MARIO ANTONIO DUARTE FERRARI	INGRID NATALIA MONTANIA W
WALDEMAR RAMON MONGES FISCHER	LOURDES MARIA VILLASBOA	AURELIA TABOADA
JUSTINA ZAYAS DE AQUINO	LETICIA NOEMI MORALES VERA	CRISTINA MINCK CABALLERO
ESPERANZA CABAÑAS	CLAUDIO ANDRES BARRETO JIMENEZ	CARLOS RAMON AGUIAR OVIEDO
NORMA JOVITA FARIÑA GONZALEZ	CLAUDIA CELINA FERNANDEZ	MARIA LORENA GALEANO
JULIA SARA ACUÑA APPLEYARD	PEDRO OSVALDO CESPEDES	VIRGINIA LEZCANO GONZALEZ
CESAR MARIA DELMAS BARCHELLO	LIZ SALINAS SCRIBANO	FELIX BARRIOS PRANTTE
MAURO GUSTAVO ZARACHO BRITEZ	RAQUEL GONZALEZ RAMOS	MARIA MARTA MORENO FLEITAS
JORGE HUMBERTO BATISTA DE BRIX	CLAUDIA LIBRADA ROCHE	ILUMINADA ALMADA DUARTE
SABINA ALVAREZ DE PRIETO	SELVA CATALINA DUARTE AYALA	ALTAGRACIA AGUILAR GAVILAN
MARIA MARCIA RAMONA CARDOZO	CARINA MARIA ESPINOLA	BETI BEATRIZ FERREIRA MARTINEZ
AMANDA CAROLINA MOLAS GARCIA	CRISTINA PEREZ LOPEZ	RODOLFO MIGUEL CACERES
ESPERANZA ESTIGARRIBIA DE C	MARIA ELODIA ALCARAZ DE TORRES	SONIA HAYDEE YERUTA

BERNARDA MARTINEZ	MARIA ESTELA MEDINA	OLGA DEL CARMEN PINTOS AYALA
FELICIA ISABEL MONTANIA ACUÑA	MIGUEL ANGEL GIMENEZ NOGUERA	LAURA BEATRIZ FLORES HERRERA
GLORIA BEATRIZ CABRERA GATZKE	PASTORA RAMIREZ	MARIANO RUBEN PORTILLO
MARIA AUXILIADORA GARCETE MACIEL	SOFIA ELIZABETH SALDIVAR BENITEZ	MIGUELINA LOPEZ DELVALLE
ANGELA GLADYS NUÑEZ DE ARANDA	CLAUDIA CRISTINA CACERES	MONICA GRACIELA RECALDE P
CRISTINA ROMAN DE BARUA	GERVACIA VILLAGRA LEGUIZAMON	CRISTINA RAQUEL ALARCON
NIMIA ESTELA SOSA C	SOFIA ACHUCARRO DE GALEANO	FULGENCIA MELGAREJO ESCOBAR
MARIA ANA BERNAL	ROSA ESTELA PORTILLO TULLO	GLADYS PARRIS PINO
BLANCA LIBRADA MARTINEZ PRIETO	SONIA MARIA LIZ DUARTE BENITEZ	JOSE DE JESUS OCAMPO MILESSI
CARMEN CAÑETE DE MARECOS	CLARO JULIAN MENDEZ BORDON	SORAYA ANGELA LORENZA ARAYA
ELIAS TOMAS ULLON ESCURRA	ENRIQUE EDUARDO GRANADO ROLANDI	NANCY FIDELINA RIOS PENAYO
NORA EUGENIA DE GAUTO	IRENEO ESQUIVEL ROLON	PAOLA ANDREA ZAVALA PANIAGA
ISIDORA ESPINOZA MEDINA	TERESITA LUZ MARIA ALBERA	GABRIELA ARIANE SANABRIA BAEZ
OSCAR DARIO CACERES ZARACHO	MARIA STELA SAMANIEGO NIELEBOCK	MARIA CRISTINA PIZARRO DE R
MARIA NORMA PEREIRA DE ALMIRON	MARCIA MELO MARTINS	ISIDRO ARIEL INSFRAN PAIVA
MARIANA LOPEZ DE FERNANDEZ	MERCEDES MENDOZA SANABRIA	MARIA CRISTINA VICENTI GARCIA
MARIA ANA DEJESUS RUIZ DIAZ A	ADELAIDA RAMIREZ DE RAMIREZ	VIVIAN ANTONIA DELGADO
SILVIO ANTONIO APODACA BENITEZ	MIGUEL ANGEL CARDOZO MARIN	EDGAR EUGENIO ORTEGA PORTILLO
ROBERTO DE JESUS BENITEZ FRANCO	MABEL CRISTINA DUARTE LOPEZ	DALILA BEATRIZ PEREIRA
NILDA GRACIELA COLMAN DE BENITEZ	OFELIA LEIVA GOMEZ	FELICIA MARTINEZ MAIDANA
DEISY ROCIO BARUJA DUARTE	ALFREDO IRRAZABAL BENITEZ	MIRNA ROSALBA CANDIA MOREL
FELICIANA VERA ROMERO	ELISEO GONZALEZ AQUINO	MARIA CONRADA MOLINAS PONCE
SAMUEL ISAAC DIAZ SOSA	RYCKY EDWARD LOGWIN ROJAS	RUBEN DARIO LOPEZ MARTINEZ
DOLORES LOVERA MORAN	CRISTIAN RAMON BORJA DELGADO	NORMA MARIA RAQUEL ARREDONDO

Anexo 3. Influenza A (H1N1) (influenza porcina)

Influenza A (H1N1) (influenza porcina)

Abordaje y Tratamiento

Prof. Dr. Antonio Arbo

Investigación y Docencia

Síntomas y signos sospechosos de influenza

- Fiebre mayor de 38 grados
- Tos
- Cefalea y/o dolor muscular y/o de articulaciones
- Escorrimento nasal
- Ardor y dolor en la garganta
- Malestar general
- Puede presentarse diarrea

Definiciones operativas

Hasta que se demuestre circulación viral autóctona del virus H1N1

Casos en monitoreo (de vigilancia)

- Deben vigilarse durante 10 días:
 - Personas procedentes de países afectados (EEUU y México) y que presenten algún síntoma respiratorio pudiendo haber o no fiebre

Personas procedentes de países no afectados y que presenten síntomas compatibles con caso sospechoso.

Caso sospechoso

- Enfermedad respiratoria febril aguda ($>38^{\circ}\text{C}$) con el espectro de enfermedades de tipo influenza a neumonía en:
 - Persona que viajó a o reside en un área donde hay casos confirmados de la infección del virus de la influenza A (H1N1)

Persona que era un contacto cercano a un caso confirmado de la infección del virus de influenza A (H1N1) durante el período infeccioso del caso

- Enfermedad respiratoria febril aguda ($>38^{\circ}\text{C}$) con el espectro de enfermedades de tipo influenza a neumonía
 - Enfermedad Tipo Influenza (ETI):
 - Aparición súbita de fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ y tos o dolor de garganta y ausencia de otras causas
- Infección respiratoria aguda grave (IRAG):
 - Aparición súbita de fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ y tos o dolor de garganta, con disnea o dificultad respiratoria y necesidad de hospitalización

Caso probable

- Individuo con una prueba de influenza positiva tipo A, pero que no es subtipificable por reactivos usados para detectar infección por virus de la influenza estacional
- Individuo con una enfermedad clínicamente compatible con influenza o quién falleció de una enfermedad respiratoria aguda inexplicada que se considera vinculada “epidemiológicamente” a un caso probable o confirmado

Caso confirmado

- Individuo con influenza A (H1N1) confirmada por laboratorio por una o más de las siguientes pruebas:
 - PCR en tiempo real
 - Cultivo de virus
 - Incremento cuádruple en los títulos de anticuerpos neutralizantes específicos del virus de la influenza A (H1N1)

Factores desencadenantes/señales para la investigación de posibles casos

- Conglomerados de casos de ETI inexplicada o infección respiratoria aguda grave
- Enfermedad respiratoria grave inexplicada que ocurre en uno o más trabajadores de salud quienes prestan atención para pacientes con enfermedad respiratoria
- Cambios en la epidemiología de la mortalidad asociada con la aparición de ETI o infección respiratoria aguda grave, un aumento de las defunciones observadas por enfermedad respiratoria o un aumento de la aparición de enfermedades respiratorias graves en adultos o adolescentes anteriormente sanos.

Definiciones

- **Contacto cercano:** persona que entra en contacto por lo menos a 2 metros o menos de una persona enferma que es un caso confirmado o sospechado de la infección del virus de la influenza A (H1N1) durante el período infeccioso del caso

Las preguntas claves en la evaluación de un caso probable de influenza

- A) tiene cuadro compatible con influenza?
- B) Tiene algún factor de riesgo para complicaciones?
- C) tiene signos de alarma?
- D) Está en insuficiencia respiratoria o tiene trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?

Escenario 1

- A) Tiene cuadro compatible con influenza? SI
- B) tiene algún factor de riesgo? NO
- C) Tiene signos de alarma? NO
- D) Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica? NO

Grupo A – El paciente puede ser enviado a su hogar en aislamiento estricto

Tratamiento de pacientes con Sospecha de Influenza-Grupo A

- Manejo ambulatorio en el hogar
- Aislamiento estricto
- Educación a los responsables acerca de los síntomas de alarma
- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg o Ibuprofeno 5-10 mg/kg cada 6 a 8 hs
- Asegurar hidratación adecuada
- Los lactantes deben continuar con leche materna
- No usar salicilatos en menores de 18 años
- **Control médico si la fiebre persiste mas de 48h**
- Explicar a los padres o responsables lo siguiente: Si el paciente presenta dificultad para respirar, dolor de pecho, esputo con sangre, dificultad para alimentarse, confusión o somnolencia ***“debe regresar urgentemente al centro asistencial aunque no hayan pasado las 24 horas para su control”***

Escenario 2

- A) Tiene cuadro compatible con influenza? SI
- B) tiene algún factor de riesgo? SI
- C) Tiene signos de alarma? NO
- D) Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica? NO

Grupo B – El paciente debe ser hospitalizado en el hospital distrital en aislamiento estricto o puede ser enviado a su domicilio con control médico domiciliario diario

Factores de riesgo para complicaciones en influenza

- Edad > 60 años o < 5 años
- Enfermedad crónica o debilitante
- Cardiopatías
- Enfermedad respiratoria crónica
- Diabetes mellitus
- Cáncer
- Desnutrición
- Condiciones con depresión inmunológica
- Embarazo
- Circunstancias sociales tales como vivir sólo, o muy distante de la unidad de salud sin medio de transporte confiable

Tratamiento de pacientes con sospecha de Influenza-Grupo B

- Presencia de uno o más factores de riesgo de complicaciones
- **Condiciones de hospitalización:** en sala general, en aislamiento estándar
- **Laboratorio:** Hemograma, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT
- Rx de Tórax en caso de tos persistente
- Líquidos vía oral (VO) (supervisado)
- Si no tolera la vía oral o bebe poco líquido, hidratar por vía IV a dosis de mantenimiento, excepto si está deshidratado
- Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg o Ibuprofeno 5-10 mg/kg cada 6 a 8 hs
- Oseltamivir vía oral (dosis: Ver anexo) si tiene menos de 48 hs de fiebre por 5 días
- Re-evaluar diaria de la evolución clínica
- Sí durante la re-evaluación se detectan signos de alarma pasa a Grupo C

Escenario 3

- A) Tiene cuadro compatible con influenza? SI
- B) tiene algún factor de riesgo? SI o No
- C) Tiene signos de alarma? SI
- D) Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica? SI

Grupo C – El paciente debe ser hospitalizado en el en hospital regional o de referencia en aislamiento estricto

Signos de alarma en influenza

- Dificultad para respirar
- Dolor de Pecho
- Esputo con sangre
- Dificultad para alimentarse
- Confusión o somnolencia

- Crepitantes en la auscultación pulmonar
- Rx de Torax con infiltrados pulmonares

Tratamiento de pacientes con sospecha de influenza-Grupo C

- **Nivel de atención:** En sala general, en aislamiento estandar
- **Condiciones de hospitalización:** Aislar individualmente al paciente; cuando esto no sea posible, reunir a varios pacientes, con el mismo diagnóstico, en la misma sala.
- **Laboratorio**
 - Hemograma, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, GOT, GPT, Electrolitos, Proteína C reactiva
 - Gasometría arterial o saturación de O₂
 - Rx de tórax
 - Valorar ecocardiografía (en pacientes con cardiopatía previa)
- Hidratación de mantenimiento
- O₂ si la saturación de O₂ es de 95 o menos:
 - En bigotera si se requiere 2 litros/min de oxígeno o menos
 - En mascarilla si se requiere >2 litros/min de oxígeno
- Iniciar Oseltamivir vía oral (dosis: Ver anexo) si tiene menos de 48 hs de fiebre, por 5 días
- **En caso de sibilancias:** salbutamol en aerocámara
- En caso de Fiebre: Paracetamol 15 mg/kg (hasta 500 mg) o Ibuprofeno 5-10 mg/kg (hasta 400 mg) cada 6 a 8 hs
- Si hay sospecha de neumonía bacteriana, iniciar antibiótico (ver anexo)
- Monitoreo de la función respiratoria

Escenario 4

- A) Tiene cuadro compatible con influenza? SI
- B) tiene algún factor de riesgo? SI o No
- C) Tiene signos de alarma? SI
- D) Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica? SI

Grupo D – El paciente debe ser hospitalizado en hospital de referencia que disponga Unidad de Cuidados Intensivos en aislamiento estricto

Tratamiento de pacientes con sospecha de influenza-Grupo D

Grupo D: Se incluyen pacientes con:

- Evidencia clínica de dificultad respiratoria grave:
 - Quejido espiratorio, retracción generalizada, cianosis central, aleteo nasal, cabeceo,
- Incapacidad para alimentarse
- Incapacidad de mantener una Sa O₂ ≥ 92%, con aporte de oxígeno de >60%
- PaO₂/FiO₂ ≤ 250
- Necesidad clínica de ARM
- Inestabilidad hemodinámica
- Trastorno del sensorio
- Infiltrados pulmonares en más de 2 cuadrantes
- **Nivel de atención:** En Unidad de cuidados intensivos
- **Laboratorio:**
 - Hemograma, PCR, Urea, Creatinina, Glicemia, GOT, GPT, Electrolitos, Crasis sanguínea
 - Gasometría arterial
 - Investigación de rabdomiólisis: CK-Aldolasa-LDH
 - Rx de Torax
 - Ecocardiografía
- Inicie el tratamiento en el primer lugar de atención
- Hospitalizar en UTI en aislamiento estandar
- Monitoreo minuto a minuto
- Hidratación de mantenimiento
- **Si la saturación de O₂ es de 95 o menos:**

- En bigotera si se requiere 2 litros/min de oxígeno o menos
- En mascarilla si se requiere >2 litros/min de oxígeno
- Si no hay mejoría, iniciar ARM (asistencia respiratoria mecánica)
- Iniciar Oseltamivir (dosis, ver Anexo) por vía oral por 5 días
- Si hay infiltrado pulmonar sugerente de complicación bacteriana, iniciar antibiótico (ver anexo)
- Corregir acidosis, hipoglicemia, hipocalcemia
- En caso de choque, expansión con suero fisiológico 20 ml/kg en bolo; repetir tres veces o mas
- Si no hay mejoría, inicie inotrópicos
 - Dopamina 5-10 ug/kg/minuto
 - Dobutamina 5-10 ug/kg/minuto
 - Adrenalina 0.05-2 ug/kg/minuto
- Si persisten los signos de choque valorar:
 - Insuficiencia cardiaca por miocardiopatía
 - Sepsis bacteriana

Criterios de alta

- Ausencia de fiebre por 24 – 48 hr
- Ausencia de distres respiratorio
- Mejoría del estado clínico (bienestar general, apetito, hemodinámica estable, buena diuresis)
- Ausencia de requerimiento de fluidos intravenosos

Medidas de precaución en la atención de pacientes con sospecha de influenza y hospitalizados

- Los pacientes con sospecha o confirmación de casos serán en hospitalizados en las salas destinadas (7, 8 y 9 de pediatría, y 17 y 18 de adultos), manteniendo la puerta cerrada; si no es posible, reunir a varios pacientes con el mismo diagnóstico en la misma sala
- La persona enferma deberá lavarse las manos con agua y jabón después de toser y estornudar
- Deberán evitarse las visitas
- No debe saludar con besos ni dando la manos
- No debe compartir alimentos, vasos o cubiertos
- La persona enferma debe usar una máscara quirúrgica cuando se encuentre fuera de la habitación de aislamiento
- Tazas y otros utensilios utilizados por la persona enferma debe lavarse con agua y jabón antes de su uso por otras personas
- Al ingresar a la sala de hospitalización, utilizar las barreras de protección consistentes en: lentes, mascarilla específica N95, guantes y bata
- Lavado de manos con agua y jabón, o gel-alcohol antes y después del contacto con pacientes, superficies posiblemente contaminantes y después del uso de guantes
- Se mantendrá una bata de uso exclusivo en el interior del cuarto en el que se encuentre el paciente
- Evitar visitas y contactos innecesarios
- Utilizar barreras de protección (lentes, mascarilla específica N95, guantes y bata), para la manipulación, transporte y procesamiento de la ropa usada por el paciente
- Limpiar con agua y jabón el área de aislamiento; posteriormente utilizar agua con hipoclorito de sodio al 0.5%
- Evitar al máximo el traslado del paciente a otras áreas del servicio
- En estos casos el paciente deberá usar máscara quirúrgica
- Todas las medidas de precaución y aislamiento se mantendrán durante 7 días después del inicio de la enfermedad o hasta que los síntomas se hayan resuelto

Influenza: Profilaxis I

- Profilaxis pre-exposición: cuando se inicia antes del contacto o exposición a caso de influenza H1N1
- Profilaxis pos-exposición: cuando se inicia después del contacto o exposición a caso de influenza H1N1
- Duración de la profilaxis: hasta 7 días después del último contacto o exposición a caso de influenza H1N1
- Las dosis de antivirales para profilaxis se indican en el anexo

Influenza: Profilaxis II (Trabajadores de la salud)

- Todo el personal de salud (médicos enfermeras, camilleros, técnicos, etc.) que están en contacto directo con pacientes diagnosticados de influenza, deben recibir tratamiento profiláctico con:
 - Oseltamivir a dosis de 75 mg (adultos) cada 24 hs durante 7 días o
 - Zanamivir 10 mg (2 inhalaciones) cada 24 horas durante 7 días
- En caso de contacto de alto riesgo sin protección y contactos cercanos con enfermedades concomitantes, deben recibir profilaxis con:
 - Oseltamivir a dosis de 75 mg (adultos) cada 24 hs durante 10 días o
 - Zanamivir 10 mg (2 inhalaciones) cada 24 horas durante 7 días (en pacientes >7 años)

Influenza: Profilaxis III (población general)

- Convivientes intra-domiciliarios de caso confirmado o sospechoso de influenza H1N1 de origen porcina y que sean de alto riesgo para complicaciones de influenza
- Asistentes de escuela o guarderías que hayan estado en contacto estrecho (cara a cara) de caso confirmado o sospechoso de influenza H1N1 de origen porcina y que sean de alto riesgo para complicaciones de influenza de caso confirmado o sospechoso de influenza H1N1 de origen porcina
- Grupos de alto riesgo para complicaciones de influenza incluye a:
 - Adultos de 65 años o mas
 - Niños menores de 5 años
 - Personas con enfermedades crónicas
 - Personas con deficiencia inmune congénita o adquirida
 - Embarazadas

Influenza: Profilaxis IV. Residentes en el país que viajan al extranjero.

- Considerar la utilización de medicación antiviral (Oseltamivir o Zanamivir) para la prevención de la influenza A (H1N1) (gripe porcina) en personas de alto riesgo de influenza grave que viajen a áreas de México y EEUU de alta circulación viral. Incluye a:
 - Adultos de 65 años o más
 - Niños menores de 5 años
 - Personas con enfermedades crónicas
 - Personas con deficiencia inmune congénita o adquirida
 - Embarazadas

Influenza: Toma de muestras

- Tomar las siguientes muestras a todo caso probable en tanto no se indique lo contrario:
- Exudado nasofaríngeo o faríngeo (en todos los casos) con aplicador de rayón o dacrón, con mango de plástico
- Lavado bronquioalveolar
- En caso de fallecimiento, muestra de tejido pulmonar post mortem

Influenza: Toma de muestras I

- Ante la actual aparición de brotes en varios países, de una cepa inusual de Influenza A (H1N1) (Influenza porcina), se tomarán muestras a todos los casos compatibles con la siguiente definición operativa:
- Caso Sospechoso de Influenza A (H1N1)
 - Persona con enfermedad respiratoria aguda que fue un contacto cercano de un caso confirmado de infección por el virus de la influenza A (H1N1) (porcino) durante el periodo infeccioso del caso o
 - Una persona con una enfermedad respiratoria aguda que viajó o reside en un área en donde se han presentado casos confirmados de infecciones por el virus de la influenza porcina A (H1N1)

Influenza: Toma de muestras II

- Para el diagnóstico laboratorial de influenza A (H1N1) (porcino) se deben coleccionar tres tipos de especímenes clínicos: secreciones respiratorias para la detección viral y sangre para los estudios serológicos
- PARA DETECCIÓN VIRAL (PCR o aislamiento viral)
- Debe ser recolectado dentro de los primeros 3 días del inicio de los síntomas.

- Se deben tomarán dos pares de muestras de Hisopado nasal e Hisopado faríngeo y una tercera muestra de hisopado nasal, con aplicador de rayón o dacrón, con mago de plástico
- **Tubo N° 1:** Medio de transporte viral (primer par); que será almacenada en condiciones seguras en el L.C.S.P., a una temperatura de -70° C o menos, hasta su envío al Centro de Referencia
- **Tubo N° 2:** Buffer de lisis (segundo par), de la que podrá realizarse la extracción del genoma viral y su tipificación por técnicas moleculares (RT-PCR) en el L.C.S.P.
- **Tubo N°3:** Hisopado nasal para test rápido en el consultorio

Influenza: Toma de muestras III

PARA PRUEBAS SEROLÓGICAS

- Se deberán recolectar dos muestras de suero en diferentes momentos (3-5 ml de sangre):
 - en fase aguda tomada lo antes posible (no después de los 7 días de evolución); y otra
 - en fase de convalecencia después de 14 días de evolución.
- Si el paciente presenta un cuadro grave que pudiera desencadenar en la muerte, deberá tomarse la segunda muestra *ante-mortem*.

CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS CLÍNICAS

- Desinfectar el exterior de los tubos con hipoclorito de Sodio al 1% inmediatamente después de extraer los especímenes clínicos.
- Colocar los tubos en bolsas de plástico y luego en un contenedor hermético.
- Mantener refrigerado el contenedor cerrado herméticamente hasta el momento de ser remitido al Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP)
- Las muestras se remitirán refrigeradas y empaquetadas en triple embalaje acompañadas de la ficha de notificación epidemiológica debidamente llenadas

Anexos

Tratamiento antiviral de casos de influenza: dosis de Oseltamivir

Adultos	Oseltamivir	Vía oral	75 mg cada 12 hs	5 días
Niños				
< 3 meses	Oseltamivir	Vía oral	12 mg cada 12 hs	5 días
3-5 meses	Oseltamivir	Vía oral	20 mg cada 12 hs	5 días
6-11 meses	Oseltamivir	Vía oral	25 mg cada 12 hs	5 días
>1 año y <3 años o <15 kg	Oseltamivir	Vía oral	30 mg cada 12 hs	5 días
>3 años y <7 años o de 15-23 kg	Oseltamivir	Vía oral	45 mg cada 12 hs	5 días
>7 años y 10 años o de 24-40 kgs	Oseltamivir	Vía oral	60 mg cada 12 hs	5 días
>10 años o >40 kg	Oseltamivir	Vía oral	75 mg cada 12 hs	5 días

Dosis de Oseltamivir en profilaxis de influenza

Adultos	Oseltamivir	Vía oral	75 mg cada 24 hs	7 días
Niños				
< 3 meses	Oseltamivir	Vía oral	12 mg cada 24 hs	7días
3-5 meses	Oseltamivir	Vía oral	20 mg cada 24 hs	7días
6-11 meses	Oseltamivir	Vía oral	25 mg cada 24 hs	7días
>1 año y <3 años o <15 kg	Oseltamivir	Vía oral	30 mg cada 24 hs	7días
>3 años y <7 años o de 15-23 kg	Oseltamivir	Vía oral	45 mg cada 24 hs	7días
>7 años y 10 años o de 24-40 kgs	Oseltamivir	Vía oral	60 mg cada 24 hs	7días
>10 años o >40 kg	Oseltamivir	Vía oral	75 mg cada 24 hs	7días

Tratamiento. Cálculo de líquidos de mantenimiento

Peso en Kg.	Volumen de mantenimiento
<10	100 ml/kg/día
10 – 20	1000 + 50 ml/kg/día x (kg arriba de 10)
>20	1500 + 20 ml/kg/día x (kg arriba de 20)

Tratamiento. Volumen de líquidos a administrar

Ej.: Si un paciente pesa 55 kg, el volumen de mantenimiento es:
 $1500 + [20 \times (55 - 20)]$
 $1500 + 20 \times 35$
 $1500 + 700$
= 2200 ml

Tratamiento. Composición de electrolitos del líquido de mantenimiento

- Por cada 1000 cc de dextrosa al 5% agregar:
 - Cloruro de Sodio 3 M 14 cc (42 meq/L de Sodio)
 - Cloruro de Potasio 3M 7 cc (21 meq/L de Potasio)

Antibioticoterapia inicial en caso de sospecha de neumonía bacteriana sobre-agregada

Neumonía intersticio alveolar o lobar no complicada (paciente no tóxico)	Amoxicilina/inhibidor de β -lactamasa Alternativa: Cefalosporina 3G (cefotaxima o ceftriaxona)
Neumonía lobar o multilobar o complicada con derrame pleural (aspecto tóxico pero sin criterios de ingreso a UCI)	Amoxicilina/inhibidor de betalactamasa Alternativa: Cefalosporina 3G (cefotaxima o ceftriaxona) asociada a oxacilina o clindamicina
Neumonía lobar o multilobar o complicada con derrame pleural (aspecto tóxico con criterios de ingreso a UCI)	Cefalosporina 3G (cefotaxima o ceftriaxona) asociada a oxacilina. Si se sospecha etiología por <i>S. aureus</i> metilino-resistente, substituir oxacilina por vancomicina

Flujograma de manejo clínico de pacientes con sospecha de influenza A H1N1

Manejo de caso sospechoso de influenza



Anexo 4. Guía para manejo de pacientes pediátricos con infección por el virus de inmunodeficiencia humana e influenza A H1N1

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa - Dra. Soraya Araya

Los pacientes con infección por VIH, en especial aquellos con niveles bajos de CD4, constituyen un grupo de alto riesgo para infecciones virales y bacterianas del tracto respiratorio inferior. La evidencia de que la infección por el virus de la Influenza H1N1 podría ser más severa en esta población proviene de trabajos de investigación relacionados a pacientes con VIH e Influenza estacional

Se anticipa que en los pacientes con VIH con recuentos bajos de CD4 la influenza podría progresar rápidamente presentando precozmente complicaciones infecciosas bacterianas como neumonía; es por ello que en todo paciente con VIH y signos clínicos y síntomas de Influenza como así también de Neumonía que reúna los criterios para caso sospechoso de Influenza A H1N1 deberá tomarse la muestra de hisopado nasofaríngeo para su confirmación.

TRATAMIENTO Y QUIMIOPROFILAXIS

El virus de influenza A H1N1 es sensible a los inhibidores de la neuraminidasa: Zanamivir, Oseltamivir, pero es resistente a la amantadina y rimantadina. Los pacientes con VIH con criterios de caso definido como confirmados, probables o sospechoso de infección por influenza H1N1 (ver anexo anterior caso definido) deberán recibir tratamiento empírico antiviral. Pacientes con HIV con contacto cercano con personas infectadas con el virus de influenza H1N1 probable o confirmado deberán recibir quimioprofilaxis antiviral.

Estas recomendaciones de quimioprofilaxis son las mismas que las recomendadas a aquellos pacientes de alto riesgo de complicación por influenza.

Zanamivir u Oseltamivir deberán ser iniciados tan pronto fuera posible obteniendo mayores beneficios si se inician en las primeras 48 hs de aparición de sintomatología.

La Recomendación de duración de tratamiento es 5 días. Recomendación de duración de profilaxis es 10 días. Las recomendaciones para uso de antivirales a pacientes infectados con VIH podrían cambiar con forme a los riesgos y beneficios observados en la epidemia actual. No se conoce contraindicación absoluta para la coadministración de Oseltamivir o Zanamivir con la medicación antirretroviral.

OTRAS MEDIDAS PARA REDUCIR RIESGOS:

Puede reducirse el riesgo limitando la exposición a personas con infecciones respiratorias. Otras acciones incluyen lavado frecuente de manos, cubrir los labios al toser, mantener a las personas enfermas en casa (cuarentena voluntaria domiciliaria), reducción de contacto social innecesario, uso correcto de mascarás y respirador, higiene adecuada.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL****PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE SIDA/ITS*****Anexo 5. Información de la influenza A (H1N1) gripe porcina para las personas que viven con VIH***

¿Cuál es el impacto que ocasiona la influenza A H1N1 (gripe porcina) en las personas que viven con VIH/SIDA?

No es posible en este momento conocer o predecir cuál será el impacto de la gripe porcina en los pacientes con VIH, es probable que el impacto pudiera ser mayor en los pacientes que no tienen controlada su enfermedad.

¿Los antivirales específicos para la Influenza están disponibles en el país?

El virus es sensible a tratamiento antiviral específico: inhibidores de la Neuroaminidasa. Los médicos especialistas lo indicaran de acuerdo a las recomendaciones Nacionales e Internacionales. En situaciones de epidemia o de Pandemia, las autoridades sanitarias (Ministerio de Salud-Dirección General de Vigilancia de la Salud y el Pronasida) serán las encargadas de garantizar el suministro.

¿Cuáles son los procedimientos que debe realizar una Persona que vive por VIH que pueda presentar síntomas de influenza porcina?

1. En este momento no hay ningún caso de Influenza porcina reportado en Paraguay, pero es probable que ocurran por la cercanía con Argentina y Brasil que ya tienen casos confirmados. Los casos deben ser sospechados inicialmente en personas que hayan regresado recientemente de los países afectados (México, Estados Unidos y Brasil, Argentina) o en sus contactos.
2. Los síntomas sugestivos de Influenza son: fiebre mayor de 38°C, dolores musculares y de articulaciones, debilidad que puede ser extrema, cefalea, tos, debilidad, dificultad para respirar (en casos complicados), dolor de garganta; también se ha observado diarrea, vómitos y letargia.
3. Los pacientes con VIH y con síntomas sugestivos de Influenza deben acudir a sus sitios de control habitual. Hasta que la Dirección General de Vigilancia de la Salud indique otra cosa, en cuyo caso se darían a conocer los centros de referencia nacional que se han considerado solo en caso de casos confirmados.
4. Debe precisarse que un caso sospechoso es aquella persona con una enfermedad respiratoria aguda que viajó o reside en un área en donde se han presentado casos confirmados por el virus de la influenza porcina tipo A (H1N1) o que fue un contacto cercano de un caso confirmado durante el periodo infeccioso del caso.

¿Cuáles son las interacciones y contraindicaciones de los dos antivirales para la influenza porcina y los antirretrovirales para el VIH?

Los pacientes infectados con VIH y gripe porcina, también se benefician del tratamiento antiviral específico de la Influenza porcina. No hay contraindicaciones, ni interacciones con los antirretrovirales. La dosis antiviral específica recomendada en estos pacientes es mayor a la indicada en pacientes inmunocompetentes.

Recomendaciones para los pacientes con VIH

1. Estar atentos a las recomendaciones de las autoridades sanitarias. En caso de que haya algún caso confirmado comunicarse al Ministerio de Salud- Dirección General de Vigilancia de la Salud o al PRONASIDA a los números 203-998- 204604- 298700
2. Evitar en lo posible viajar a los países donde hay casos confirmados
3. Extremar las medidas de higiene: lavado de manos, no tocarse los ojos, cara y boca, taparse la nariz al estornudar con la cara interna del codo.
4. Evitar besos en cara
5. Usar tapabocas (si las autoridades sanitarias lo recomiendan) solo desde el momento en que hayan casos confirmados o en casos sospechosos.
6. Evitar sitios donde haya conglomerados de personas.
7. Retirar sus medicamentos antirretrovirales regularmente y tomarlos según las indicaciones de su médico.
8. En caso de existir casos de Influenza porcina confirmados en el país por las autoridades sanitarias, evitar asistir a los hospitales, excepto si están enfermos o tienen síntomas sugestivos de Influenza. El Pronasida cuenta con test rápidos para el diagnóstico de la infección por el virus de la Influenza A y B estacional.
9. Vacunación contra Influenza Humana (preferiblemente si los CD4 son mayores de 200 cs/mm³), la vacuna contra la Influenza estacional no previene la Influenza porcina. Las vacunas contra la Influenza estacional están disponibles en el Instituto de Medicina Tropical.
10. En niños con infección VIH no hay indicaciones específicas de valor de CD4 para la aplicación de la vacuna, por lo que se indica a todo paciente mayor de 6 meses para la protección contra influenza estacional
11. Aquellos pacientes que siguen su esquema de vacunación regular y que ya se han colocado la vacuna anti Influenza de este año, no deben vacunarse y deben esperar a que llegue la vacuna con la nueva cepa cuando la misma se encuentre disponible.
12. Vacuna contra el Neumococo.
13. Evitar el ácido Acetilsalicílico o productos que lo contengan, a fin de disminuir la presencia del Síndrome de Reyes, en caso de fiebre usar Paracetamol.
- 14- Todos los profesionales de la Salud deben ser vacunados.

Estar atentos a las recomendaciones del PRONASIDA y de la Dirección General de Vigilancia de la Salud.

DR. NICOLAS AGUAYO
Director
PRONASIDA

Plan de invierno 2009

Protocolo de manejo de la neumonía adquirida en la comunidad.

Neumonía: es la infección aguda de los alveolos e intersticio pulmonar causada generalmente por virus o bacterias.

CLASIFICACION DE LAS NEUMONIAS

	Neumonía	Neumonía grave	Neumonía muy grave
FR <2 meses	>60 x'	>60 x'	>60 x'
FR <1 año	>50 x'	>50 x'	>50 x'
FR 1 año a 5 años	>40 x'	>40 x'	>40 x'
Retracciones	Ninguno	Si, leve a moderada	Severa
Quejido espiratorio	Ninguno	Presente en lactantes menores	Si presente
Aleteo nasal	Ausente	Presente	Presentes
Sonidos de respiración reducido	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Puede o no estar presentes
Crepitantes a la auscultación	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía
Soplo tubario	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía
Incapacidad para mamar o beber o vómito de todo lo ingerido	Ausente	Ausente	Presente
Convulsiones, letargia, pérdida de la conciencia	Ausente	Ausente	Presente
Dificultad respiratoria severa (ej. Presencia de cabeceo)	Ausente	Ausente	Presente
Cianosis central	Ausente	Ausente	Presente

Criterios de hospitalización

Edad <3 meses

Condiciones subyacentes de comorbilidad:

Inmunodeficiencia

Cardiopatía

Desnutrición moderada a severa

Síndrome de Down

Fibrosis quística

Apariencia tóxica

Neumonía complicada

Distres respiratorio

Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio

Intolerancia a la medicación oral

Riesgo social (padres analfabetos, distancia importante al puesto de salud)

Neumonía recurrente

Saturación inferior a 92% respirando aire ambiental

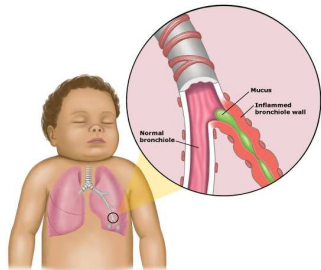
Tratamiento empírico de los niños con neumonía adquirida en la comunidad

EDAD	TRATAMIENTO 1ª opción	TRATAMIENTO 2ª opción
< 3 semanas Siempre internados 	Ampicilina 200 mg/Kg/ IV, en 4 dosis + Gentamicina 5 a 7,5 mg/Kg/ IV, en 1 dosis/por día o Amikacina 20 mg/kg/día 1 dosis por día. *Descartar meningitis asociada, si LCR patológico usar cefotaxima 300mg/kg/día	Cefotaxima 200 mg/kg/día IV en 4 dosis + Ampicilina 200 mg/kg/día IV en 4 dosis * Descartar meningitis asociada, si LCR patológico usar Cefotaxima 300 mg/kg/día

3sem a 3m internados/as Siempre 	Ampicilina 200-300 mg/kg/día IV en 4 dosis *Considerar macrólidos en neumonía afebril	Cefotaxima 200mg/kg/día IV en 4 dosis
3 meses a 5 años Paciente ambulatorio 	Amoxicilina 90-100 mg/kg/día VO en 3 dosis *Considerar macrólidos en neumonía afebril	Amoxicilina/clavulánico o amoxicilina/sulbactam 90-100 mg/kg/día (dosificado por amoxicilina) VO en 3 dosis *Considerar macrólidos en neumonía afebril
3 meses a 5 años Neumonía no complicada Pacientes internados/as 	Ampicilina 200-300 mg/Kg/ día IV en 4 dosis	Amoxicilina/Sulbactam 100mg/ Kg/ IV (dosificado por la amoxicilina) en 3 dosis o Ampicilina/Sulbactam 200 mg/ Kg/ IV en 4 dosis (dosificado por la Ampicilina)
3 meses a 5 años Pacientes internados/as con Neumonía complicada Multilobar, con derrame pleural o con neumatocele. Sin criterios de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 	Amoxicilina/sulbactam 100mg/Kg/ IV (dosificado por la amoxicilina) en 3 dosis o Ampicilina/sulbactam 200 mg/Kg/ IV en 4 dosis (Dosificado por la Ampicilina)	Ceftriaxona 80-100 mg/kg/día o cefotaxima 150 mg/kg/día + Oxacilina 200 mg/kg/día IV o Ceftriaxona o cefotaxima asociada a clindamicina (en áreas de alta prevalencia de Stafilococo Aureus Meticilino Resistente (SAMR))
3 meses a 5 años Internados/as séptico/a, muy grave, en UCI Neumonía complicada con choque o insuficiencia respiratoria 	Ceftriaxona 80 a 100 mg/kg/día en 1 o 2 dosis o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV en 4 dosis + Oxacilina 200 mg/kg/día en 4 dosis	Cefotaxima: 200 mg/kg/d IV + vancomicina: 40 mg/kg/d IV en 3 dosis en áreas de alta prevalencia de SAMR

Mayores de 5 años Ambulatorios Considerar <i>M.pneumoniae</i> y <i>C.pneumoniae</i> 	Amoxicilina 90/100 mg/kg/día VO en 3 dosis por 7 a 10 días según evolución. Agregar un macrólido a la amoxicilina si no existe buena respuesta a las 72 horas	Eritromicina 40-50 mg/kg/día VO en 3 dosis o Claritromicina 15 mg/kg/día VO en 2 dosis o Azitromicina 10 mg/kg/día VO primer día y luego 5 mg/kg/día del segundo al quinto día
Mayores de 5 años Neumonía no complicada intolerante a la vía oral 	Penicilina G Cristalina 400.000 U/Kg/día en 4 dosis o Ampicilina 200-300 mg/kg/día IV en 4 dosis Si no hay mejoría a las 72 horas considerar el uso de macrólidos	Amoxicilina/inhibidor de betalactamasa *Adicionar macrólidos si hay fuerte sospecha de <i>M. pneumoniae</i> o <i>C. pneumoniae</i>
Mayores de 5 años Neumonía complicada No internado/a en UCI 	Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/Kg/ IV dosificado por la amoxicilina, en 3 dosis o Ampicilina/sulbactam 200 mg/kg/día IV en 4 dosis (Dosificado por la Ampicilina)	Ceftriaxona o cefotaxima asociada a oxacilina Substituir oxacilina por clindamicina a 40 mg/kg IV en 3 dosis, si se sospecha SAMR
Mayores de 5 años Neumonía Grave: (Neumonía complicada con choque o insuficiencia respiratoria Internado/a en UCI) 	Ceftriaxona 80-100 mg/Kg/día IV en 2 dosis (Dosis máxima 4 gr/día) o Cefotaxima 200 mg/Kg/día IV en 4 dosis más Oxacilina 150 a 200 mg/kg/día IV en 4 dosis	Ceftriaxona o cefotaxima asociada a vancomicina 40 mg/kg/día IV en 3 dosis si se sospecha SMRA

Protocolo de manejo: Bronquiolitis



DEFINICIÓN DE CASO:

Primer episodio de sibilancias precedido de rinorrea en un niño menor de 2 años.

SINTOMAS: sibilancias, tos, retracciones, cambios del color, aleteo nasal, taquipnea, esfuerzo respiratorio, fiebre < de 38,5 | °, signos de deshidratación.

CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD: PUNTAJE DE TAL

PUNTAJE	FC	FR		Sibilancias	Retracción Costal
		< 6 meses	> 6 meses		
0	Menos de 120	< 40	> 30	no	no
1	120 – 140	40 a 55	30 a 45	Fin de la espiración	Leve intercostal
2	140 – 160	56 a 70	46 a 60	Inspiración y espiración	Tiraje generalizado
3	Más de 160	> 70	> 60	Audible sin estetoscopio o ausentes	Tiraje y aleteo nasal

Laringitis

DEFINICIÓN DE CASO: enfermedad respiratoria de inicio brusco que se caracteriza por un sonido inspiratorio llamado estridor

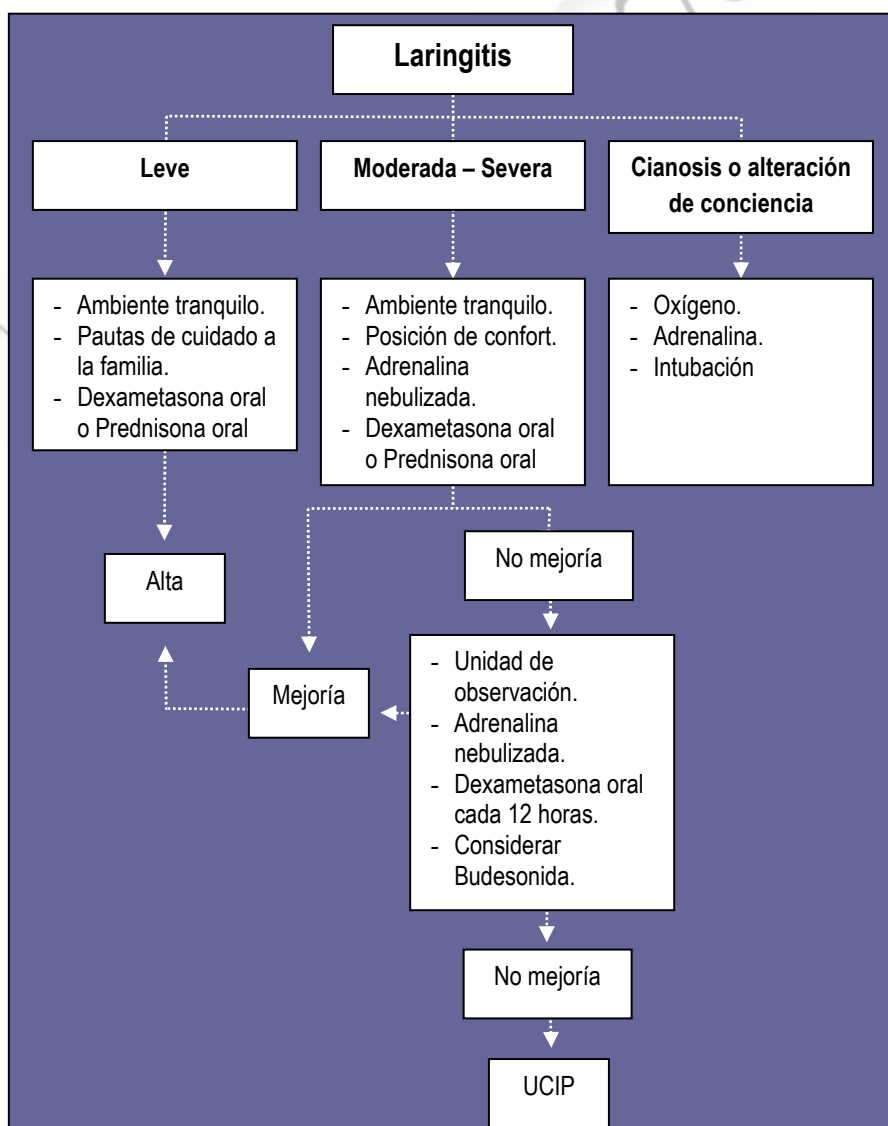
CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD: ESCALA DE TAUSSING

PUNTAJE	0	1	2	3
ESTRIDOR	NO	MEDIANO	MODERADO	INTENSO/AUSENTE
ENTRADA DE AIRE	NORMAL	DISMINUIDA	DISMINUIDA	MUY DISMINUÍDA
COLOR	NORMAL	NORMAL	NORMAL	CIANOSIS
RETRACCIONES	NO	ESCASA	MODERADA	INTENSA
CONCIENCIA	NORMAL	DECAIDO	DEPRIMIDA	LETARGIA

LEVE <6

MODERADA 7 A 8

GRAVE >9



DOSIS

Prednisona VO 1 a 2 mg/kg/día en dos dosis, durante 3 días

Dexametasona

ORAL: 0,6 mg/kg/dosis

Puede repetirse a las 12 horas

Si vomita aplicar IM: 0,6 mg/KG/**DOSIS UNICA**

Budesonida

2 puff con aerocámara cada 12 horas

Adrenalina Nebulizada

Dosis: 3 ampollas en 3cc de suero fisiológico + Oxígeno humidificado. (Puede repetirse 3 veces cada 15 minutos)

Debe permanecer 4 horas en observación luego de la nebulización.

¡No sedar al/la paciente!