INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD

"GUIA OPERATIVA PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE INFLUENZA PORCINA"

Abril - 2009

Introducción.

Ante la situación de emergencia de casos reportados de Influenza en México, Estados Unidos y Canadá, la declaratoria de Emergencia de Salud Publica Internacional de la Organización Mundial de la Salud y ante la inminente llegada de dicha enfermedad a nuestro país, el Sistema Nacional de Salud decreto emergencia sanitaria, por lo que se ha activado el Plan Contingencial contra la Influenza el cual contempla dentro de sus estrategias:

1) Intensificación de la Vigilancia Epidemiológica en todos los establecimientos de salud y en los puntos fronterizos, puertos y aeropuertos.
2) Búsqueda activa de casos.
3) Atencion y manejo de casos sospechosos.
4) Aplicación de medidas de Prevencion de la enfermedad.
5) Comunicación de Informacion actualizada de la situación y comunicación de mensajes y difusión al público para promover medidas de Prevencion.

Ante lo anterior el personal técnico del Seguro Social ha preparado esta Guía Operativa para el abordaje integral de los Pacientes durante la posible pandemia de Influenza Porcina, que incluye aspectos de vigilancia epidemiológica, presentación clínica, Organización de la Red de Servicios de Salud, Laboratorio y medidas de Bioseguridad.

GENERALIDADES

La influenza es una enfermedad viral altamente infecciosa. El nombre "influenza", fue originado en el siglo XV en Italia, de una epidemia atribuida a la "influencia de las estrellas". La primera pandemia o epidemia mundial que claramente llena la descripción de la influenza fue en 1580. Al menos cuatro pandemias de influenza ocurrieron en el siglo XIX, y tres han ocurrido en el siglo XX.

La gripe porcina es una enfermedad vírica que ataca a los cerdos y que ocasionalmente se transmite a los seres humanos. La gripe porcina o influenza porcina es una enfermedad infecciosa causada por un virus perteneciente a la familia *orthomyxoviridae* y que afecta fundamentalmente a las poblaciones porcinas. Estas cepas virales son conocidas como Virus de la Influenza Porcina o SIV por las siglas en Ingles de Swine Influenza Viruses. En el mundo circulan 4 subtipos de Virus de Influenza A (H1N1, H1N1, H3N2, y H3N1), en los Estados Unidos el subtipo clásico H1N1 era exclusivamente prevalente entre las poblaciones porcinas antes de 1998, sin embargo desde agosto de 1998 se aislaron también subtipos N3N2, se ha encontrado que la mayor parte de los virus H3N2 tiene material recombinado, con linajes de genes de virus que atacan a los humanos (HA, NA, y PB1) Cerdos (NS, NP, y M) y aves PB2 y PA). La gripe porcina infecta a muchas personas cada año y se encuentra típicamente en aquellos que han estado en contacto con cerdos de forma ocupacional, aunque también puede producirse transmisión de persona a persona.

I. Características Generales

1.1 Descripción de de la Enfermedad

Es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa que ha provoca brotes o epidemias en varios países. El cuadro clínico en el humano se caracteriza por: fiebre, mialgias, letargo, falta de apetito, cefalea, inflamación, dolor de garganta, náuseas, vómitos y diarrea, malestar general y tos. Se afecta el epitelio respiratorio debido a la inoculación del virus que procede de las secreciones respiratorias de otras personas infectadas.

1.2 Agente Infeccioso

La infección clínica llamada influenza o gripe, es ocasionada por un virus RNA, de la familia de los *orthomyxovirus*. Contiene tres antígenos básicos, que le dan el nombre a los virus tipos A, B y C.

La hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (A), son los determinantes antigénicos de influenza A y los que le dan las características clínicas y virológicas. La H participa en el ataque de los virus a las células y la N, contribuye en la penetración del virus.
La nomenclatura para describir el tipo de virus de la influenza es expresado en este orden: (1) tipo de virus, (2) sitio geográfico donde primero fue aislado, (3) número de cepa, (4) año del aislamiento, y (5) subtipo de virus.

1.3 Distribución

El virus de la influenza A causa enfermedad de moderada a grave, afecta todos los grupos de edad, no sólo infecta humanos, sino también aves, cerdos, caballos. La influenza B ocasiona una infección más leve, se asocia a brotes cada 3-5 años, por lo general en niños. La influenza C carece de interés en salud pública.

1.4 Modo de transmisión

Para los casos de Influenza porcina actual: Tos, estornudos, secreciones respiratorias, contacto directo con porcinos infectados.
En caso de una pandemia el modo de transmisión entre humanos se espera que sea a través de secreciones respiratorias y/o de fómites contaminados y contacto directo con enfermos.

1.5 Periodo de Incubación

De 24 horas hasta 4 a 5 días, con un promedio de 2 días. El sitio principal de infección por el virus de la influenza es el epitelio ciliado de la mucosa del tracto respiratorio.

II. Definiciones operativas.

Las siguientes definiciones clínicas aplican principalmente a la presentación usual en periodos ínter pandémicos, o sea, que pueden ser modificados cuando la pandemia inicie.

2.1 Caso sospechoso.

Toda persona que presente: Fiebre de inicio súbito igual o mayor a 39° C con uno o más de los siguientes síntomas:

a) Tos
b) Dolor o ardor de garganta
c) Coriza
d) Mialgias
e) Cefalea
f) Contacto estrecho con aves o cerdos
g) Contacto con pacientes diagnosticados por Influenza porcina en los últimos diez días.
h) Que provenga de un lugar con casos positivos en los últimos diez días.

2.2 Caso Confirmado:

Caso sospechoso de influenza en el cual se haya comprobado la presencia del virus de influenza por pruebas de laboratorio y/o nexo epidemiológico.

2**.3 Caso Descartado:**

Caso sospechoso de influenza en el cual no se haya comprobado la presencia de virus de influenza por pruebas de laboratorio y/o nexo epidemiológico; o a través de un diagnostico alternativo que explique la causa de la enfermedad.

2.4 Reclasificación de Casos

La influenza es un diagnóstico de exclusión, el estado de un caso reportado puede cambiar según hallazgos clínicos, de laboratorio y epidemiológicos. El paciente siempre debe manejarse según criterios clínicos apropiados, independientemente de su clasificación.

a. Un caso inicialmente clasificado como sospechoso o probable se considera descartado cuando a través de un diagnóstico alternativo se explica la causa de la enfermedad.

b. Un caso inicialmente clasificado como sospechoso es reclasificado como probable cuando después de una exhaustiva investigación cumple con la definición de caso probable.
c. Un caso sospechoso en el cual la recuperación es adecuada pero en el que la causa de su enfermedad no ha sido suficientemente explicada por un diagnóstico alternativo debe seguir siendo considerado como sospechoso.
d. Un caso sospechoso que fallece a causa de su enfermedad debe seguir siendo considerado como sospechoso (aun cuando no se haya podido realizar la autopsia). Sin embargo, si el caso es identificado como parte de la cadena de transmisión de la influenza, el caso debe ser reclasificado como confirmado por nexo epidemiológico.

III. Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica del ISSS

3.1. Detección del caso sospechoso.

La detección de casos sospechosos por parte de funcionarios del ISSS, principalmente serán realizados en la comunidad y en establecimientos del ISSS. Cuando el personal de salud detecta un caso sospechoso en la comunidad debe utilizar las medidas de Bioseguridad para realizar el examen físico y elaborar la historia clínico epidemiológico.

3.2. Notificación de Caso Sospechoso.

Los casos sospechosos deberán ser notificados en forma inmediata de acuerdo al "Norma Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

El personal de salud deberá notificar vía telefónica al epidemiólogo local y regional y este a la Comisión Institucional de Manejo de la Posible Pandemia de Influenza y a Epidemiología.

3.3. Investigación de Caso Sospechoso

La investigación epidemiológica del caso sospechoso de Influenza se debe realizar de forma inmediata, tomando en cuenta la posibilidad de transmisión

de cada caso. Los miembros del Comité de Epidemiologia del establecimiento correspondiente deben realizar la investigación de campo, siguiendo las medidas de Bioseguridad. El informe elaborado debe ser enviado antes de las 24 horas posteriores a la investigación a las autoridades correspondientes según nivel de atención tanto del ISSS como al Ministerio de Salud.

3**.4. Investigación de contactos en la comunidad.**

Llenar en forma adecuada y completa la ficha de investigación de caso.

a) Valoración clínica de cada uno de ellos a nivel domiciliar. Establecer un monitoreo diario de las personas asintomáticas con el fin de detectar en forma temprana la aparición de síntomas que indiquen transmisión de la enfermedad.

b) Si se requiere valoración clínica por un especialista de la persona identificada como contacto debe ser referida al hospital correspondiente.

c) Notificación de los casos sintomáticos que aparezcan entre los contactos de un enfermo en forma inmediata.

d) Educación a la comunidad y otros actores sociales sobre la situación existente.

.

3.5. Traslado de casos al Centro de atención u Hospital de referencia (si reúne criterios de traslado)

a) Una vez que el caso ha sido evaluado por personal de salud calificado y clasificado como sospechoso, deberá ser trasladado al centro médico de referencia correspondiente.

b) La ambulancia que realice el traslado debe contar con equipo de Bioseguridad (mascarilla, guantes) lentes de seguridad que el personal debe utilizar durante el traslado del paciente.

c) Previo traslado se debe coordinar con el Centro de Salud u Hospital de referencia, para que los responsables estén listos para recibir al paciente.

d) Después del traslado la ambulancia deberá ser desinfectada según normativa institucional.

IV. Organización de la red de servicios de salud

Los directores de los diferentes establecimientos de salud que conforman la red en el ISSS deben de:

a) Elaborar el plan de abordaje de los diferentes niveles de atención en salud que incluya ubicación de las áreas físicas para la valoración de casos sospechosos y para la hospitalización en aislamiento de los pacientes que así lo requieran, programa de capacitación a profesionales, técnicos, servicios de apoyo, lavandería, limpieza, administrativo y de seguridad.

b) Ubicación, rotulación y adecuación de áreas de aislamiento respiratorio y dotación de los insumos necesarios para valorar los casos sospechosos que le sean referidos, que incluya: Medidas de Bioseguridad para todo el personal que atenderá los casos.

c) Los casos sospechosos referidos deberán ser ubicados para su valoración en el área de aislamiento respiratorio del servicio de emergencias y verificar el uso de la mascarilla N 95 o N99.

d) Los pacientes que acceden directamente al hospital de referencia deberán ser ubicados para su valoración en el área de aislamiento respiratorio de los servicios de emergencias y cumplir las normas de manejo médico y Bioseguridad para la atención del paciente con influenza que incluye el uso de la mascarilla N95-N99.

e) Investigar en la historia clínica los antecedentes de viaje tomando en consideración aquellos países con notificación de casos de influenza pandémica y/o antecedentes de contacto con personas afectadas con el virus pandémico en los últimos 10 días.

4.1 PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL HOSPITALARIO.

4.1.1Detección de caso

La detección de casos sospechosos se puede dar en el servicio de urgencias o por referencia de casos provenientes de establecimientos de la red y de la Comunidad.

4.1.2 Notificación

El médico tratante notificará en forma inmediata por vía telefónica inmediata al epidemiólogo regional o local con el fin de iniciar la investigación de campo correspondiente a nivel comunitario por parte del Comité de Epidemiologia local y coordinar el traslado de medicamentos y materiales.

4.1.3 Aislamiento y manejo clínico

Todo paciente que cumpla la definición de caso sospechoso y que reúna criterios de ingreso al hospital será ingresado en un área de aislamiento que la unidad haya fijado previamente.

4.1.4 Evolución del paciente

Con el fin de seguir adecuadamente la evolución del paciente, debe incorporarse en el expediente médico.

4.1.5 Investigación de casos en transmisión a nivel hospitalario

La investigación epidemiológica del caso sospechoso de influenza pandémica en personal de salud que atiende a casos hospitalizado se notificará en forma inmediata.

La investigación epidemiológica intra-hospitalaria deberá ser realizada por el ***Comité de Epidemiología Hospitalaria en conjunto con el Comité de Infecciones Intrahospitalarias*** de forma inmediata antes de las 24 horas posteriores a la detección del caso.

Se debe coordinar con el Área de Salud de donde procede el caso, para que inicien las actividades de investigación a nivel del núcleo familiar y contactos estrechos del paciente de la siguiente manera:

1) Llenar en forma adecuada y completa la ficha de investigación de caso
2) Valoración clínica a nivel del hogar de contactos y establecer un monitoreo diario de contactos sintomáticos vía telefónica o domiciliar por

10 días, con el fin de detectar en forma temprana la aparición de síntomas que nos indique transmisión de la enfermedad.

3) Valoración clínica y referencia de casos complicados durante el seguimiento de contactos al hospital de referencia.
4) Notificación al epidemiólogo de la Dirección Regional que corresponde y al Departamento de Salud ambiental y Epidemiologia de la presencia de casos sintomáticos en los contactos en forma inmediata.
5) Búsqueda activa de contactos en el personal de salud que labora en el hospital que ha mantenido contacto estrecho con los pacientes con influenza pandémica.
6) Coordinación con el Comité de Infecciones Intrahospitalarias y Comité de desechos sólidos, para que se refuercen las medidas de Bioseguridad dentro del hospital.
7) ***Los comités de Epidemiología, Infecciones Intrahospitalarias y Desechos sólidos,*** deberán monitorear las medidas de Bioseguridad con el fin de evitar la transmisión a nivel hospitalario.

4.1.6 Medidas de prevención y control

a) Fortalecer la vigilancia de las enfermedades respiratorias mediante el análisis de los casos en el Comité Hospitalario de Epidemiología.
b) Capacitar al personal de salud (profesionales, técnicos y servicios de apoyo) sobre la etiología y las medidas de Bioseguridad.
c) Establecer programas de promoción para el personal y pacientes que asisten al hospital con el fin de detectar oportunamente la presencia de casos y evitar la propagación.

4.1.7Manejo hospitalario de caso sospechoso:

Ingresar al paciente en el cuarto de aislamiento designado para el manejo clínico.

En relación a la Bioseguridad de los funcionarios de salud y del paciente, se deberá seguir la normativa institucional vigente para tal efecto.

El médico tratante deberá hacer ínterconsulta con el Infectologo y neumólogo (en caso que el hospital disponga de estas especialidades).
Para el tratamiento de los casos complicados se utilizará el esquema de antibióticas y medidas de soporte de acuerdo a la evolución de cada caso.

V. Manejo de laboratorio

La confirmación diagnóstica es por laboratorio. Se recolectará las muestras de secreciones respiratorias para la determinación de Inmunofluorescencia. El Laboratorio Central procesará las muestras, remitidas de los sitios centinela, hará los aislamientos y la tipificación mediante inhibición de la hemoaglutinación. Una vez confirmada la circulación del virus pandémico en la localidad, se iniciará la vigilancia del mismo en localidades aledañas y se notificará en base a la clínica y el nexo epidemiológico.
Las medidas de control no deben postergarse hasta tener el resultado de laboratorio, sino que debe hacerse en forma inmediata a la detección del caso.
La toma de las muestras debe hacerse por personal de laboratorio de los establecimientos de salud que estén habilitados con medidas de Bioseguridad tipo III y se envían inmediatamente al laboratorio nacional de referencia.
Para la toma de muestras y procedimientos de rutina, el personal de laboratorio de los establecimientos de salud, deben guardar las medidas de Bioseguridad establecidas por la sección de laboratorios.

5.1 Toma y transporte de muestras de casos sospechosos de Influenza Pandémica al Centro Nacional de Referencia de Virología.

1. A todo caso sospechoso de influenza pandémica de le debe tomar una muestra adecuada para la detección del virus causante de esta enfermedad y enviar, cumpliendo las normas de bioseguridad correspondientes.
2. Las muestras deben ser recolectadas tan pronto se sospeche la enfermedad, pues la posibilidad de detectar el virus disminuye al aumentar los días de evolución.

3. El Laboratorio suplirá a los establecimientos de salud designados para la atención de pacientes sospechosos de influenza pandémica, los medios de transporte y contenedores recomendados para el traslado seguro de las muestras.
4. Una vez tomada la muestra se debe enviar en forma inmediata al laboratorio de referencia y comunicar el envío.
5. Toda muestra debe ser acompañada por la respectiva solicitud de procesamiento de muestras y debidamente identificada.

5.2Muestras para laboratorio: recolección y transporte

1) El uso de guantes desechables es obligado.
2) Las muestras deberán ser depositadas en recipientes herméticos, procurando evitar la formación de aerosoles; para su transporte se colocarán dentro de bolsas plásticas preferiblemente con cierre hermético.
3) Las muestras saldrán de los Centros de Atención tal y como lo establecen las normas.
4) Las solicitudes de laboratorio deberán ir adecuadamente identificadas y colocadas fuera de la bolsa que sirve para transportar la muestra; el traslado deberá ser expedito y personal para este efecto se requerirá el uso de guantes.
5) El área de equipo necesario para la recolección se deberá limpiar en forma minuciosa al menos una vez cada turno.

5.3 Tipos de muestras que se utilizan para la detección del virus causante.

Según procedimiento de laboratorio clínico.

VI. Procedimientos de Bioseguridad a nivel hospitalario.

Los servicios de salud deberán de seguir la normativa institucional vigente relacionada a la bioseguridad para el manejo de los pacientes con influenza

pandémica. Sin embargo se presenta un resumen de las principales consideraciones que los servicios deberán tomar para la atención de estos pacientes.

6.1 Equipo necesario:

El establecimiento de salud deberá garantizar la provisión inmediata al equipo responsable del manejo del paciente hospitalizado sospechoso de influenza pandémica.

6.1.1 Artículos de uso para el personal de salud:

1) Guantes, mascarillas N95-N99, batas desechables.
2) Lentes protectores, botas desechables, gorros desechables

6.1.2 Artículos de uso del paciente

1) Ropa de cama –desechable- , aparatos de succión
2) Equipo de succión desechable preferentemente
3) Equipo de traqueotomía desechable preferentemente.
4) Circuitos y filtros desechables para ventilación mecánica
5) Equipo para cateterización endovenosa
6) Ventiladores mecánicos.
7) Termómetros

6.1.3 Otros artículos de uso

1) Servilletas, jabón neutro, equipo diagnóstico
2) Contenedores para ropa (cestas) con doble bolsa
3) Bolsas rojas con símbolo de bioinfecciosidad.

6.1.4 Artículos de uso de laboratorio

a) Termos para transporte de muestras
b) Tubos vacutainer, envases para cultivo viral
c) Los pacientes con influenza complicada que ameriten consulta y ubicación en Emergencias, Observación, Hospitalización y/o

Aislamiento deben recibir atención en el centro hospitalario más cercano a su residencia, o ubicación actual, o en su defecto en el centro de salud más cercano.

6.2 Ingreso y ubicación de los pacientes.

1. Es ideal que los pacientes, sus acompañantes o transportistas de ambulancia comuniquen por radio o teléfono antes de su arribo al centro médico para la adecuada preparación del área y personal que los recibirá.
2. Se designará un área física definida por las autoridades de cada centro de salud o de tipo hospitalario tanto en el área de Emergencias como en el área de internamiento, con capacidad de aislamiento de contacto y respiratorio y eventualmente acceso a soporte especializado en Unidad de Terapia Intensiva y/o Unidad de aislamiento respiratorio con sistema de presión negativa preferiblemente si las condiciones de cada centro lo permiten, o Unidad de Vigilancia estricta en Influenza, en los centros donde no se cuenta con alguna de las anteriores. La cual debe estar debidamente rotulada.
3. El área deberá tener un adecuado almacenamiento de materiales desechables (guantes, cubrebocas, lentes, máscaras, gorros y ropa hospitalaria) para uso por el personal y los visitantes.
4. Las puertas deben permanecer cerradas todo el tiempo, aún con presión negativa y más si no dispone de ella.
5. El expediente debe permanecer afuera de la unidad en todo momento.

6.3 Practicas de Bioseguridad en el manejo de pacientes

6.3.1. Manos

a) Es exigido el lavado estricto de manos con la adecuada técnica correspondiente antes y después de ingresar a los aislamientos.

b) El uso de guantes no substituye el adecuado y frecuente lavado de manos

6.3.2 Ropa de los trabajadores y visitas

1) Se debe usar delantales o batas, preferiblemente impermeables, mientras se esté dentro de la zona de aislamiento.
2) Se deberá descartar la ropa sucia con técnica de doble bolsa al salir del área de aislamiento.

6.3.3 Guantes

a) Deben usarse en toda situación que produzca contacto con el paciente o con sus materiales, desechos y utensilios contaminados.

b) Una vez usados, deben descartarse en el basurero de desechos bioinfecciosos que deberá estar dentro de los cubículos de aislamiento, quitándoselos antes de salir y lavándose las manos adecuadamente según la norma vigente.

c) El uso de guantes no substituye el lavado de manos antes y después de la atención al paciente

6.3.4 Cubrebocas, lentes y escudos protectores

a) Se debe utilizar siempre, preferiblemente de tipo quirúrgico o de alto nivel de seguridad (N95 ó N99).

b) Debe colocarse bien ajustado, cubriendo completamente nariz y boca.

c) Debe evitarse el contacto de las manos con la cara mientras se está brindando atención directa al paciente.

d) Debe retirárselo al abandonar el cubículo de aislamiento y descartarlo si corresponde; si es N95 y está húmedo debe substituirse, en caso contrario deberá ser guardado en una bolsa plástica y conservado para su uso posterior nuevamente por la

misma persona. **El máximo de uso posible es hasta 12 horas continuas (según criterio del fabricante).**

e) Toda persona en el área de triage deberá estar permanentemente protegido por el cubre bocas.

f) El uso de lentes o máscaras protectoras transparentes será exigido toda vez que se realicen procedimientos que conlleven el riesgo de salpicaduras.

6.4 Materiales y utensilios de uso clínico

1) Si es reutilizable, se deberá procesar en un recipiente con la solución desinfectante recomendada por la norma por un periodo no menor a 30 minutos.
2) Después deberá ser escurrido y colocado en una bolsa plástica para su Subsecuente manejo.
3) Si es desechable, se dispondrá de inmediato en el basurero de residuos bioinfecciosos.
4) Todo material punzo-cortante deberá ser dispuesto en el recipiente rígido no perforable.
5) Otros equipos de uso médico como estetoscopios, oto-oftalmoscopios y esfigmomanómetros permanecerán dentro del área durante todo el tiempo que se defina la necesidad de aislamiento; al concluir se deberán lavar y limpiar según las normas o criterios y recomendaciones del fabricante.
6) El retiro del material requiere al menos dos trabajadores: el que está dentro de la unidad y el que le va a recibir el material identificado; para ello se deberá disponer del material limpio suficiente cerca del área donde se encuentra el paciente.
7) Si no hay disponibilidad de otro colaborador, debe preparar el área de antemano y tener al alcance fácil el material necesario.
8) Al recibir el material contaminado, el trabajador externo además de estar protegido deberá evitar el contacto del material con su ropa y deberá recibir el material sucio dentro de la bolsa limpia

haciendo un pliegue en la orilla de la bolsa que le sirva para proteger sus dedos del contacto directo con el material. Posteriormente cierra la bolsa y se retira el equipo y vestimentas protectoras, lavándose las manos adecuadamente.

9) La recolección del material contaminado y de la basura deberán ser preferiblemente realizados cada turno al menos una vez o según necesidad

6.5 Limitaciones y restricciones para el paciente

a. El paciente en aislamiento no deberá salir de su unidad, salvo motivo de fuerza mayor (traslado o riesgo de muerte).
b. Si es del caso deberá realizarse baño en cama.
c. Se recomienda preferiblemente que no se trasladen al inodoro aunque estén en condición de hacerlo (variable según necesidad y condiciones)
d. La toma de radiografías deberá ser portátil, idealmente La máquina de Rayos X deberá ser exhaustivamente limpiada con alcohol 70 C, detergente amonio cuaternario o detergente enzimático, en forma inmediata al abandonar los cubículos de aislamiento. Los materiales usados en su limpieza se deberán descartar en el basurero de residuos Bioinfecciosos.
e. En los lugares en donde no se cuente con sistema portátil de Rayos X, partiendo que se trata de un caso complicado, se podrá prescindir de las imágenes pero apoyándose en la Clínica y otros recursos paraclínicos.
f. En el caso de necesitar ser trasladado por razones urgentes o de fuerza mayor, se deberán mantener todas las precauciones de aislamiento durante el transporte y traslado y se deberá avisar anticipadamente al Servicio receptor para su adecuada preparación. El servicio sanitario debe desinfectarse con cloro luego de su uso.

6.6 Vajilla y residuos alimentarios

a) Se requiere vajilla desechable preferiblemente.
b) Los sobrantes de líquidos se deben procesar de acuerdo con la normativa existente.

c) Los residuos sólidos deberán ser eliminados en la bolsa de basura roja al igual que todos los utensilios (platos, vasos, cucharas, tenedores y demás) y se sacarán de la zona de aislamiento de acuerdo con la norma vigente.

6.7 Ropa del paciente

a. Usando técnica de doble bolsa, se coloca y dispone la canasta siempre dentro del área.
b. La ropa se deberá disponer directamente a la canasta una vez retirada.
c. La bolsa se cerrará y retirará una vez que esté llena al nivel de 2/3 partes.
d. Debe evitarse el contacto de la ropa sucia con el cuerpo del trabajador.
e. La ropa se retirará de la unidad y se trasladará de acuerdo con la norma institucional.

6.8 Basura

a) Los basureros deben estar dentro del área de aislamiento, bien identificados y con bolsa de residuos bioinfecciosos, y estar siempre bien tapados.
b) La basura deberá depositarse directamente en el basurero.
c) La bolsa deberá ser cerrada en forma segura cuando alcance las dos terceras partes de su capacidad para su facilitar su transporte tal y como lo establece la norma y evitar aperturas o rupturas.

6.9 Desinfección de desechos corporales líquidos (orina, vómito, deposiciones secreciones respiratorias succionadas, etc.)

1) Se colocarán en el área destinada para dicho efecto.
2) Se agregará hipoclorito de sodio al 5% a razón de 150 cc por litro de desecho, y se dejará reposar por al menos 30 minutos antes de desechar los líquidos; seguidamente se lavarán los recipientes en forma minuciosa tal y como lo establece la norma

6.10 Familiares y visitas para el paciente

a) La visita es restringida.
b) Deberán acatar las normas e indicaciones preestablecidas o las indicadas por el personal médico o de enfermería que le asista en ese momento; se le instruirá al retiro en caso que se considere necesario por condición de paciente o por indicación del personal, particularmente ante el no cumplimiento de normas.
c) La mascarilla es de uso obligatorio toda vez que entre al área de aislamiento y se obligará su uso durante toda la estancia.
d) A pesar de que es un área de aislamiento, se permitirá tener un acompañante a la vez **cuando las condiciones lo permitan**, y se procurará restringir las visitas de modo que haya un máximo de un cambio de persona por cada 4 horas para reducir riesgos de contagio. Se les exigirá que no coman dentro de la zona de aislamiento y en el caso que sean zonas compartidas, que se limite a acompañar a su familiar, exigiendo que no deambule libremente por el área.
e) Serán instruidos sobre el manejo de contactos de pacientes con Influenza a nivel domiciliar.

6.11 Desinfección y limpieza de la unidad.

a) Cada cubículo o área deberá ser limpiado en forma individual; el trapeador será preferiblemente de uso exclusivo para cada unidad.
b) Al final de la limpieza el paño se deberá colocar en una solución clorada de acuerdo con la norma por al menos 10 minutos; cuando se vaya a reutilizar deberá ser escurrido preferiblemente con equipo o cubetas de doble balde sin usar las manos aun cuando tengan guantes.
c) Se recomienda cambiar la solución para su limpieza al menos una vez cada turno.

d) Cada unidad en que se encuentren los pacientes deberá ser profunda, detallada y minuciosamente limpiadas para procurar disminuir las infecciones concurrentes.
e) Cada unidad deberá estar bien ordenada y con la menor cantidad de objetos, limitando el ingreso de objetos provenientes de su hogar, para procurar la disminución de las infecciones asociadas a partir de los objetos contaminados

6.12 Salida del personal de la unidad

1) Se retirará el gabachon y se descartará en el recipiente que corresponda.
2) Se retirará luego los guantes y se eliminarán en el basurero de bioinfecciosos.
3) Se insistirá en el lavado de manos con agua y jabón.
4) Finalmente se retirarán gafas, escudo y cubre bocas

6.10 Tránsito o circulación.

a) Restringido estrictamente dentro y cerca de la unidad, particularmente en relación con familiares y estudiantes.
b) Los estudiantes serán informados e instruidos debidamente al igual que los familiares y otro personal no imprescindible.

6.11 Coordinación

a) Cuando corresponda con la Enfermera Supervisora o Jefe de Área, o en su defecto con el médico tratante, el Jefe de Servicio, el Jefe de Sección, el Director del Hospital o el designado por parte del Comité de prevención y control de las Infecciones nosocomiales.

6.12 Manejo de contactos y sospechosos

a. Deben vigilarse por 7 días enfatizando la temperatura dos veces al día y síntomas respiratorios.

b. No es necesario aislar en un centro médico a las personas en estas condiciones. Se les recomendará evitar la presencia en sus lugares de trabajo, escuelas, centro académico u otro tipo de lugar público.
c. Se extenderá una incapacidad si laboran.
d. Ante la presencia de síntomas respiratorios durante los próximos 7 días se deberá acudir al centro asistencial más cercano y solicitar la evaluación correspondiente; es obligatorio notificar previamente al personal de salud el antecedente de exposición a personas con Influenza

6.13 Manejo de cadáveres:

a) Los cadáveres deben de manipularse con equipo protector completo.
b) Los familiares deben de recibir instrucciones precisas.
c) El cuerpo será colocado en una bolsa que por la seguridad de los familiares no se debe abrir.
d) El funeral debe de ser lo más rápido y sencillo posible, evitando conglomerados y la repartición de comida o bebidas.
e) Se desinfectaran las pertenencias y objetos que estuvieron en contacto con la persona fallecida (mesas, cama, muebles, piso). Utilizando para ello 2 cucharadas soperas de cloro por cada 10litros de agua.
f) Desinfecte la ropa antes de lavarla, sumergiéndola completamente por 20 minutos en una solución preparada con 6 cucharadas soperas de cloro por cada 10 litros de agua.
g) Estas labores deben hacerse con guantes de látex y cubrebocas, los cuales se segregan como bioinfecciosos.
h) Lavarse las manos frotándolas con agua y jabón.
i) Los puntos anteriores pueden ser aplicadas en la casas de los pacientes fallecidos

6.17. Servicios de apoyo

Los funcionarios que brindarán servicios de apoyo al paciente (laboratorio, rayos x, terapia respiratoria, limpieza, asistente de pacientes entre otros),

deben utilizar las medidas de bioseguridad y utilizar mascarilla N95 o N99, bata, botas, gorro y anteojos en caso de ingreso al cuarto del paciente

6.18. Medidas de Educación y Prevención Intrahospitalaria:

1) Educación: El Comité de Epidemiología y la Comisión de Infecciones Intrahospitalarias deberán de asegurar que los pacientes con influenza pandémica, familiares y el personal de salud en los diferentes servicios hospitalarios conozcan las medidas de bioseguridad para evitar la transmisión de la enfermedad, y además establecer sus responsabilidades.
2) La Comisión de Control de Infecciones Nosocomiales garantizará mediante el Cumplimiento de las medidas de bioseguridad la no transmisión de la enfermedad intrahospitalariamente.
3) La sintomatología de la influenza varía desde la infección asintomática hasta la enfermedad fatal. Se espera que en caso de pandemia la presentación clínica sea más grave y con mayor mortalidad, de ahí la importancia del reconocimiento temprano y el inicio oportuno de medidas preventivas y terapéuticas.
4) La sintomatología causada por el virus influenza es inespecífica y difícil de distinguirla clínicamente de infecciones respiratorias producidas por otros virus: virus sincicial respiratorio, parainfluenza, adenovirus y rinovirus.

VII. **PRESENTACIONES MÁS COMUNES.**

7**.1. ADULTOS.**

A. INFLUENZA NO COMPLICADA

Inicio brusco de cefalea, escalofríos y tos seca, seguida de fiebre de 38° a 40° C, con pico de 41°C en las primeras 24 horas de inicio de síntomas. La fiebre declina después de 2 a 3 días de iniciados los síntomas y desaparece alrededor del 6 día. Se asocia a mialgias, artralgias y anorexia.

Al examen físico se puede encontrar: Piel caliente y seca, ojos rojos, congestión nasal con secreciones claras. Algunos pacientes pueden presentar adenopatías cervicales, lagrimeo excesivo, obstrucción nasal, estornudos. La auscultación pulmonar es normal. Pude presentarse leve hiperactividad bronquial.

La tos, debilidad y fatiga pueden persistir desde 1-2 semanas hasta 6 semanas.

En el adulto mayor de 65 años, especialmente los frágiles (pluripatologías, trastornos funcionales, cognitivos y de riesgo social), la sintomatología a veces no es tan típica o florida, siendo habitual la presencia de fiebre no elevada o sólo febrícula, decaimiento, hiporexia, desorientación, o síndrome confusional agudo (agitación o hipo actividad, insomnio, lenguaje incoherente, negativa a la ingesta y alucinaciones).

B. COMPLICACIONES DEL VIRUS DE LA INFLUENZA INTERPANDÉMICA

La influenza puede exacerbar condiciones médicas de fondo y puede llevar a neumonía secundaria bacteriana o causar neumonía viral primaria. La infección por influenza también puede asociarse con encefalopatía, mielitis transversa, síndrome de Reye, miositis, síndrome de shock tóxico, miocarditis y pericarditis. La tasa de hospitalización de niños entre 0-4 años es de aproximadamente 100 por 100000 sin condiciones de alto riesgo y de 500 por 100000 en individuos con condiciones de alto riesgo. Las hospitalizaciones son mayores en niños menores de 1 año y en adultos mayores de 65 años.

Las muertes por influenza durante las epidemias pueden resultar de la neumonía o bien de las exacerbaciones de condiciones cardiopulmonares y otras enfermedades crónicas.

B.1. Complicaciones del tracto respiratorio inferior

La afección del tracto respiratorio inferior se encuentra en un 10% de los casos de individuos entre 5-50 años y arriba del 73% después de los 70 años de edad. Tres diferentes síndromes de neumonía severa se describen como complicación asociada a la influenza en adultos y niños.

B.1.1. Neumonía viral primaria

Actualmente es la manifestación más grave de la enfermedad, ocurre principalmente en pacientes de alto riesgo, aún cuando 25% de los casos reportados ocurre en individuos jóvenes saludables y 13% en mujeres embarazadas saludables. La neumonía viral se desarrolla abruptamente seguida al inicio de la enfermedad por influenza y progresa entre 6-24hrs a neumonía grave con taquipnea, taquicardia, cianosis, fiebre alta (> 39-40C) e hipotensión. La enfermedad puede progresar a hipoxemia y muerte en 1-4 días.

Los hallazgos clínicos, fisiológicos y de laboratorio no son específicos, los crepitantes inspiratorios son frecuentes, en las radiografía se pueden encontrar infiltrados moteados, infiltrados intersticiales difusos simétricos o áreas de consolidación. La presencia de cavitaciones o derrame pleural sugiere infección bacteriana.

Los casos que no son fatales se recuperan de 5-16 días después del inicio de la neumonía, pero requiere hasta 4 meses para la resolución radiológica.

B.1.2 Neumonía viral-bacteriana

Es 3 veces más común que la neumonía viral, de la cual puede ser clínicamente indistinguible. Los síntomas aparecen en forma tardía, la radiografía puede presentar cavitaciones o derrame pleural.

El diagnóstico requiere el aislamiento del germen del esputo o del líquido pleural y los hallazgos radiológicos. Los agentes más frecuentemente involucrados son: *Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus o Haemophilus influenzae.*

La mortalidad de la neumonía viral o la neumonía viral-bacteriana es de aproximadamente 10-12%.

B.1.3.Neumonía bacteriana secundaria

Aparece después de la mejoría de la infección viral aproximadamente a los 4 días, el paciente desarrolla escalofríos, dolor pleurítico, aumento de la tos que es productiva purulenta o con esputo sanguinolento. En la radiografía se evidencian datos de consolidación y el leucograma presenta leucocitosis. La mortalidad puede ser de un 7%. Los pacientes más afectados son los adultos mayores y con enfermedades crónicas. El *Streptococcus pneumoniae* o el *Haemophilus influenzae* son los gérmenes más involucrados.

B.1.4. Otras complicaciones pulmonares

En los niños menores de 5 años la neumonía es menos frecuente, pero la bronquitis o bronquiolitis pueden ser manifestación de la influenza y a veces puede ser difícil distinguirlos clínicamente de infecciones por virus sincicial respiratorio o parainfluenza.

Se pueden observar exacerbaciones agudas de la Enfermedad obstructiva Crónica, Asma o la Fibrosis Quística.

B.2. Otitis media

Cualquier infección viral o bacteriana del tracto respiratorio superior incluyendo influenza A y B aumenta la posibilidad de otitis media en los niños. Los virus de influenza A y B pueden causar otitis media por invasión viral directa o por predisposición a la infección bacteriana.

B.3. Cardiovascular

El Síndrome de muerte súbita en pacientes jóvenes se ha reportado después de la infección por influenza debido a miocarditis (principalmente por disrritmias) o pericarditis.

B.4. Sistema Nervioso Central

La infección del SNC por la influenza se asocia con un amplio espectro de manifestaciones desde somnolencia, irritabilidad, convulsiones hasta coma profundo. Se describen dos síndromes principales: **encefalopatía fatal** que

ocurre en el pico de la enfermedad y la **encefalitis postinfluenza** que ocurre 2-3 semanas después de la recuperación.

Otra complicación asociada con la influenza es el Síndrome de Reye que se manifiesta con encefalopatía aguda con micro infiltración grasa del hígado y falla hepática. Se ha descrito en niños menores de 18 años (más frecuente entre los 4-12 años) y que están recibiendo ácido acetilsalicílico. El reconocimiento de la asociación de este síndrome con el uso del ácido acetil salicílico, lleva a la recomendación del uso de acetaminofén para el manejo de la influenza en los niños. El Síndrome de Guillain-Barre y la mielitis se han reportado después de la infección por influenza.

B.5. Sistema muscular

La rabdomiolisis con elevación de la CPK, ocurre más frecuente en niños con infección por influenza B.

B.6. Síndrome de Shock Tóxico

El Síndrome de shock tóxico se caracteriza por fiebre, hipotensión eritrodermia seguido de descamación y falla multiorgánica. Este síndrome se asocia principalmente con infecciones por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus del grupo A* por la producción de exotoxinas.

B.7. Complicaciones de la influenza, Manifestaciones

a. Respiratorio superior: otitis media, sinusitis,
b. Conjuntivitis.
c. Laringotraqueobronquitis aguda (croup).
d. Bronquitis.
e. Bronquiolitis
f. Neumonía: viral primaria, bacteriana secundaria, combinada.
g. Complicación de enfermedad existente.
h. Cardiovascular.
i. Pericarditis

j. Miocarditis.
k. Complicación de enfermedad existente.
l. Rabdomiolisis con mioglobinuria y falla renal
m. Neurológico Encefalitis.
n. Síndrome de Reye.
o. Guillain-Barre.
p. Mielitis transversa Muerte súbita

VIII. NIÑOS.

Tienen las tasas de ataque más altas y son los mayores diseminadores del virus.

1) Los menores de 12 meses de edad presentan un mayor riesgo de morbi-mortalidad. La influenza no complicada en niños menores de 5 años, se caracteriza por fiebre, rinitis, faringitis, hasta un 45% puede cursar con diarrea y vómitos y 30% puede tener compromiso del tracto respiratorio inferior: croup, neumonía y bronquitis. Otitis media y conjuntivitis no purulenta es frecuente en niños pequeños. Fiebre de origen inexplicado puede ser la única manifestación en neonatos e infantes
2) Los hallazgos del SNC incluyen: apnea, opistótonos y convulsiones que aparecen en alrededor del 20% de los infantes. Los niños pueden presentar síntomas sugestivos de meningitis: cefalea, vómitos, irritabilidad y fotofobia.
3) En niños mayores de 5 años y adolescentes los síntomas más comunes son fiebre, tos, cefalea, escalofríos y estornudos. Además dolor de espalda, odinofagia, irritación conjuntival con lagrimeo y epistaxis. Los síntomas gastrointestinales son infrecuentes

A. COMPLICACIONES.

Son similares a las del adulto.

B. GRUPOS DE RIESGO:

Los grupos de alto riesgo para sufrir complicaciones durante la pandemia de influenza.

a) Niños menores de 2 años, (dependiendo de la pandemia el grupo etario de riesgo puede cambiar).
b) Adultos mayores, aunque el riesgo aumenta a partir de los 50 años.
c) Mujeres embarazadas en el segundo y tercer trimestre del embarazo en el momento de la pandemia,
d) Enfermedades cardiovasculares crónicas: congénita, reumática o isquémica, insuficiência cardíaca congestiva.
e) Enfermedades pulmonares crónicas: asma, bronquitis, bronquiectasias, enfisema, fibrosis quística.
f) Enfermedades metabólicas: diabetes
g) Enfermedades renales crónicas,
h) Enfermedades neoplásicas.
i) Condiciones de inmunodeficiencia: SIDA, inmunosupresión, trasplantados.
j) Enfermedades hematológicas: anemias, hemoglobinopatías, desórdenes oncológicos.
k) Enfermedades hepáticas: cirrosis.
l) Menores de 18 años usuarios crónicos de salicilatos: Síndrome de Kawasaki, artritis reumatoide, fiebre reumática aguda, otras.
m) El personal de salud tiene mayor riesgo de contagio, por lo tanto es considerado un grupo especial de riesgo, al igual que grupos en conglomerados: cárceles, escuelas, hogares de ancianos, centros diurnos de atención, grupos en deprivación socio-económica.

X. Tratamiento:*

10.1 Agentes antivirales

a) El uso dirigido de agentes antivirales inhibidores de neuraminidasa podría disminuir el impacto en salud de una posible pandemia por Influenza.
b) El uso de profilaxis antiviral ha sido efectiva hasta 70% a 90% en prevenir la infección sintomática causada por cepas susceptibles, si la

profilaxis se empieza durante las primeras 48 horas post exposición al virus.

c) El tratamiento con los inhibidores de la neuraminidasa, ha demostrado que disminuye las complicaciones graves tales como la neumonía y las bronquitis y además reduce los internamientos.
d) Estas intervenciones pueden particularmente ser importantes antes de que la vacuna esté disponible y para aquellos en quienes la vacuna puede estar contraindicada médicamente.
e) Las drogas antivirales del grupo de las adamantinas no estan indicadas para uso durante una posible pandemia de influenza por sus efectos colaterales y porque inducen resistencia.
f) Los inhibidores de la neuraminidasa, Oseltamivir y Zanamivir, son agentes relativamente nuevos y mucho más caros. Interfieren en la replicación tanto de los virus A como de los B, y lo hacen en tres formas: Interfieren en la liberación del virus de la célula infectada, Provocan la agregación de los virus, Propicia la inactivación del virus por secreciones mucosas respiratorias.

Para el uso racional y juicioso de los antivirales se recomienda la siguiente clasificación para priorizar el uso de los medicamentos en situación de escasez:

1) Personas hospitalizadas o ambulatorias diagnosticadas con influenza por el virus pandémico.
2) Trabajadores en salud y personal de servicios de emergencia que se encuentren enfermos por esta causa.
3) Personas de alto riesgo en la comunidad.(definición que va a cambiar durante una pandemia con base en evidencia epidemiológica).
4) Profilaxis en trabajadores de salud.
5) Control de brotes en residentes de instituciones de alto riesgo.
6) Profilaxis para trabajadores de servicios esenciales (policías, bomberos, prisiones, fuerza pública, líderes de opinión y de toma

de decisiones selectos, servicios funerarios, servicios públicos – agua, gas, electricidad – , manejo de telecomunicaciones, transportistas de servicio público y de bienes esenciales).

7) Profilaxis de personas de alto riesgo, hospitalizados por otras condiciones diferentes a la Influenza (definición que va a cambiar durante una pandemia con base en evidencia epidemiológica).
8) Profilaxis de personas de alto riesgo en la comunidad (definición que va a cambiar durante una pandemia con base en evidencia epidemiológica).
9) La disponibilidad de estos antivirales a nivel mundial se verá limitada de acuerdo a la capacidad de producción de los laboratorios fabricantes. Por esta razón, la indicación específica del uso de estos antivirales se irá actualizando conforme a las recomendaciones de los organismos internacionales y a la disponibilidad en el mercado de los mismos.

10.2 Recomendaciones para cuidado personal en la casa.

10.2.1 Pacientes sin comorbilidades:

a) acetaminofén, para tratar mialgias y artralgias
b) Tratamiento antiviral (según criterio normativo)
c) Ingesta de Líquidos apropiados
d) Reposo.
e) Ingesta de bebidas calientes
f) Indicar uso de descongestionantes.
g) no fumar y evitar exponerse al humo de cigarro

10.2.2 Recurrir al médico si:

1) Aparece dificultad respiratoria.
2) Dolor toráxico.
3) Esputo purulento
4) Vómito persistente

10.2.3 Pacientes con Comorbilidades (además de lo anterior)

a. Supervisión por parte personal o encargado.
b. Terapia antiviral (según criterio normativo)
c. Seguimiento a las 48 horas

10.2.4 Evaluación del paciente pediátrico

Niños con IRAG:

En la mayoría de los niños, la infección por influenza, se va a manifestar por fiebre y tos de inicio súbito. Muchos niños menores de 2 meses no van a tener manifestaciones clínicas evidentes, por lo que hay que estar atentos ante la presencia de pobre succión, pausas respiratorias (apneas) o hipotermia.

Manifestaciones sistémicas:

- Fiebre.
- Apneas

Síntomas respiratorios:

- ✓ Tos.
- ✓ Congestión nasal o rinorrea (manifestación secundaria más común).
- ✓ Dificultad para respirar, incluyendo estridor, retracciones intercostales,
- ✓ Taquipnea (respiración rápida),

Síntomas no respiratorios asociados:

- Malestar general
- Letargia, poca energía
- No juega.
- Necesita cuidado extra.
- Poco apetito.
- Irritable, llora más de lo usual

Evaluación Inicial del Paciente Pediátrico con Influenza:

Evaluación Primaria Requiere re-evaluación

- Temperatura Hipotermia o fiebre °C.
- Frecuencia respiratoria Taquipnea según edad.
- Color y aspecto de las extremidades Cianosis, sudoración, frialdad.
- Respiratorio Retracciones, impresiona con dolor torácico.
- Estado mental Confuso, somnoliento, convulsiones, fotofobia, fontanela abombada
- Generales: Pobre succión, rechazo al alimento,
- vómitos incoercibles

Signos de Peligro:

- Dificultad para respirar,
- Cianosis.
- Incapaz de alimentarse al pecho o ingerir líquidos.
- Vómitos incoercibles.
- Letárgica, confusión o coma.
- Convulsiones,
- Fontanella abombada.
- Rigidez de nuca
- Fotofobia

Cuando los signos de peligro están presentes en menores de 2 meses, ello sugiere enfermedad grave que amenaza la vida. Estos niños requieren evaluación médica urgente, con observación y hospitalización. Otros signos de peligro incluyen:

- No se alimenta bien
- Cambios en el patrón del sueño o dificultad para despertarlo
- No moja muchos los pañales (disminución de la diuresis)
- Estridor.
- Palidez y frialdad distal

Reevaluación médica:

- ✓ Aunque todos los centros primarios deben de estar preparados para brindar los primeros auxilios necesarios, todo niño con signos de peligro presentes deben ser reevaluados por el especialista o por el médico general.
- ✓ En esta evaluación se deben considerar la realización de exámenes de laboratorio, como el hemograma, los gases arteriales, electrolitos, glucosa, pruebas de función renal, cultivos bacterianos y virales, y radiografía de tórax. No todo paciente, requiere la batería completa de exámenes, debe de individualizarse cada caso y en situaciones de pandemia, la escasez de recursos obliga a la racionalización en su uso, por lo que la evaluación clínica adecuada, concisa, precisa y oportuna es de extrema importancia.
- ✓ Es importante en la evaluación primaria o secundaria, interrogar por la presencia de co-morbilidad, ya que ello aumenta el riesgo de que la infección sea más grave. Co-morbilidad de alto riesgo incluye:
- ✓ Enfermedad cardiaca y pulmonar crónica; asma, fibrosis quística del páncreas, displasia broncopulmonar, Condiciones crónicas como diabetes u otras enfermedades metabólicas, Inmunosupresión primaria o secundaria (por enfermedad o medicamentos)
- ✓ Enfermedad renal.
- ✓ Anemia o hemoglobinopatías.
- ✓ Asmáticos y diabéticos van a ser los pacientes con comorbilidad más frecuente; prematuros y niños de bajo peso, deben de ser incluidos en esta lista. Todo niño, aún sano, menor de 24 meses debe ser considerado paciente de riesgo. Problemática social de fondo debe ser analizada cuidadosamente,

Educación a padres y cuidadores:

- ❖ Mantener la hidratación

- Manejo de la fiebre (evitar derivados de la aspirina u otros antiinflamatorios no esteroideos). Acetaminofén es el medicamento de primera elección)
- Evaluar por signos de peligro.
- Plan de seguimiento y regreso al centro de salud si es necesario

XI. Organización de la Consulta de Influenza pandémica.

La vigilancia de la influenza pandémica inicia con el monitoreo de los casos sospechosos en la comunidad, y los servicios de salud deben de implementar la organización de la consulta de pacientes con síntomas respiratorios o cuadros febriles para realizar la valoración inicial.

Descripción de los pasos para su implementación:

1) Para la consulta de pacientes con síntomas respiratorios o cuadros febriles de debe contar con un Médico, Enfermera y /o Auxiliar de Enfermería durante el horario de consulta. Mantendrá coordinación permanente con los Servicios de Emergencias de los Centros de atención. Deberá de contar con los recursos mínimos necesarios para la evaluación de los pacientes.
2) Serán atendidos en esta consulta todos aquellos pacientes catalogados como sospechosos de influenza o pacientes con influenza pandémica sin criterios de hospitalización en control ambulatorio. Los pacientes atendidos en esta consulta deberán ser notificados en forma inmediata mediante.
3) El médico deberá llenar la Hoja de estudio de caso del paciente ambulatorio con sospecha de influenza pandémica la información que allí se solicita, deberá ser archivada en el expediente clínico del paciente. En el caso de los pacientes que requieran ser referidos a otro nivel de atención esta hoja se anexará a la referencia.
4) En caso de Influenza pandémica no complicada, se dará el tratamiento indicado y las recomendaciones necesarias. También se le indicara la necesidad de consultar en caso de deterioro de su estado general.

XII. INDICACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Manejo Hospitalario.

a) El manejo de paciente en los hospitales deberá ser similar al estado ínter pandémico, sin embargo, se requieren cambios para operar con recursos limitados o si la cepa de la pandemia muestra un patrón de enfermedad inusual.
b) El planeamiento previo deberá considerar las acciones que se seguirán en la eventualidad de recursos insuficientes (camas, personal, equipo y/o drogas) y las alternativas necesarias.
c) Se deberán cancelar los ingresos no urgentes y las cirugías electivas para aliviar la presión sobre los abastecimientos.
d) Es necesario evitar los internamientos de pacientes con influenza no complicada, y los servicios alternativos de la comunidad se deberán usar en forma apropiada.

Servicio de Emergencias

Se identificará un área de evaluación y admisión debidamente rotulada separada para los pacientes con sospecha de influenza; ahí serán dirigidos con prioridad para minimizar la transmisión. Ahí se hará toda la papelería de ingreso. De no ser admitido y derivado al manejo ambulatorio local, se le deberá dar una copia de:

a) Hoja de referencia y retorno
b) Instrucciones para el Auto cuidado
c) Nombres y números para el contacto en caso de deterioro clínico
d) Instrucciones de seguimiento: usualmente a las 48 horas para adultos y a las 24 para niños.

Área de observación

Se asignará el área correspondiente debidamente rotulada para aquellos pacientes que no reúnan las condiciones necesarias para ser admitidos inmediatamente.

Área de internamiento

Se les deberá dar el manejo estándar y se deberán tener a mano planes de contingencia para enfrentar eventual escasez de camas, personal, equipo y medicamentos.

Laboratorios de diagnóstico y seguimiento

Se abordarán las siguientes evaluaciones y criterios basados en la evolución clínica de cada caso bajo la consideración de la administración de recursos de acuerdo con los lineamientos. Pueden incluir:

1) Radiografías de tórax
2) Leucograma
3) Función renal
4) Electrolitos
5) Frotis y cultivo de aspirado nasotraqueal, esputo y LCR para estudios virales, si aplica
6) Electro Cardiograma
7) Examen General Orina
8) Hemocultivo
9) Glucemia

Manejo general:

a) Terapia de rehidratación, teniendo cuidado del síndrome de distrés respiratorio del adulto
b) Oxígeno suplementario, basado en oximetría de pulso
c) Manejo de las complicaciones cardiovasculares
d) Tratamiento sintomático

Manejo específico

Terapia antiviral:

Se considera efectiva si se inicia antes de 48 horas del inicio de los síntomas.

Antibióticos:

Se indica para el tratamiento de pacientes con neumonía bacteriana secundaria. En caso de síntomas graves o persistentes por más que 10 a 14 días, se debe considerar rinosinusitis bacteriana o otitis media. El uso de los antibióticos dependerá de la sospecha etiológica.

Egreso y seguimiento:

Al proveerse escasez de camas, se insta al reconocimiento temprano para el manejo ambulatorio o con egreso temprano para continuar su manejo en un centro de cuidados alternativos. Se le considerará apto cuando pasen al menos 24 horas estables y:

1) Tenga estado mental normal o basal
2) Pueda continuar ingesta oral
3) Tenga signos vitales estables

Unidad de Terapia intensiva

El manejo será similar al que se da en estados interpandémicos.

El control de infecciones será esencial para evitar la transmisión entre los diferentes pacientes. El aislamiento se deberá planear de antemano.

Muerte:

Se espera un aumento substancial; para asegurar un apropiado manejo del número de cadáveres se debe tener un plan en cada centro acorde con sus características y capacidades.

COMORBILIDAD PREEXISTENTE RESPIRATORIA

Pacientes con condiciones pulmonares crónicas constituyen el grupo de más alto riesgo y las exacerbaciones de enfermedades pulmonares son la causa

más frecuente de hospitalización después de una infección por influenza. Entre los niños y los adultos jóvenes (53 años) el asma es la condición comórbida más común que requiere hospitalización por influenza complicada.
UN descenso en el aclaramiento mucociliar y la función fagocítica es frecuentemente observada después de infección por influenza y puede ser particularmente grave en pacientes con bronquitis o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

CARDIOVASCULAR

En algunos estudios los desórdenes cardiacos fueron la más común de las comorbilidades como causas de muerte en pacientes con influenza
Patología cardiovascular preexistente es la causa más frecuente de muerte en individuos mayores de 65 años, miocarditis severa y algunas veces fatal puede ser una complicación de infección por influenza en gente sana

DIABETES

Individuos de 25 a 64 años con DM tienen 3,7 a 4.0 veces más riesgo de tener neumonía e influenza como causa de muerte durante las estaciones con influenza. Infección por influenza puede provocar un deterioro metabólico grave y cetoacidosis en pacientes diabéticos, incrementa el riesgo de complicaciones de la Diabetes Mellitus.

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

El personal de limpieza de los cuartos de aislamiento de pacientes de influenza pandémica deben utilizar el equipo de protección completo determinado para el aislamiento por contacto y aéreo gorro desechable, guantes de inspección, uniforme y máscara N-95, N99) más protección para los ojos, visera o anteojos en tanto el paciente esté en el cuarto.
Una vez que el paciente sale del cuarto, utilizar sólo gorro, uniforme y guantes. Hay que posponer la limpieza hasta que la ventilación garantice que no haya partículas virales residuales en el ambiente. Esto significa, si hay un sistema de aire acondicionado, que debe esperarse una hora (si hay seis cambios de aire

por hora). Si no hay aire acondicionado, abrir las ventanas y dejar ventilar por una hora.

Tipo de agente desinfectante y limpiador.

Cualquiera de los desinfectantes y detergente utilizados corrientemente en los hospitales (Ver la **Guía para el uso de antisépticos y desinfectantes** institucional) es adecuado para el saneamiento del ambiente. Deben utilizarse las diluciones establecidas por el fabricante y aplicar los tiempos de contacto recomendados.

Métodos de limpieza

Los cuartos de aislamiento de pacientes sospechosos o probables de influenza pandémica deben limpiarse y desinfectarse todos los días y cuando el paciente se traslada o se da de alta o muere (limpieza terminal).

a) La limpieza diaria debe incluir la limpieza y desinfección de superficies horizontales (por ejemplo, mesa del paciente, mesa de noche), superficies que son tocadas frecuentemente por el paciente o el personal sanitario (por ejemplo, barandas de la cama, teléfono o timbre), el cuarto del baño y sus utensilios. Para facilitar la limpieza diaria, el área alrededor del paciente debe mantenerse libre de equipo y muebles innecesarios.
b) La limpieza y desinfección terminal debe incluir las superficies antes mencionadas más las superficies verticales obviamente sucias, superficies frecuentemente tocadas (por ejemplo, apagadores de luz, cordones de persianas, picaportes de puertas) y el equipo permanente del paciente (esto es, la cama, mesa de noche, mesa del paciente, silla, comoda). Los biombos de tela y cortinas (si hay) deben cambiarse y lavarse, de acuerdo al material de la cortina. No es necesario limpiar y desinfectar diariamente las paredes, ventana, y cortinas (no recomendadas) a no ser que se vean sucias. El uso de neblinas o aerosoles desinfectantes para la desinfección del aire no se recomienda.

c) El equipo para el cuidado del paciente, tales como ventiladores mecánicos, esfigmomanómetros, extractores, deben limpiarse y desinfectarse de acuerdo a los procedimientos normales para este tipo de equipos. Los cubículos o consultorios en los que los pacientes sospechosos se evaluaron, deben limpiarse y desinfectarse antes de que se atienda o examine a otro paciente en el mismo lugar. Los lugares a los que hay que poner especial cuidado son la camilla de examen, y aquellas superficies horizontales que puedan haber sido tocadas por el paciente o el personal sanitario.
d) Las soluciones utilizadas para la limpieza y desinfección deben descartarse inmediatamente después de su uso. Los implementos de limpieza deben limpiarse y enjuagarse cuidadosamente y dejarse secar. Lavar los trapos y trapeadores de acuerdo a los procedimientos normales.
e) Aunque no se conocen desinfectantes y detergentes específicos para el coronavirus causante del SARS, se sabe que virus con propiedades bioquímicas y físicas similares son inactivados por los desinfectantes de nivel bajo e intermedio.