



Pandemia de Influenza AH1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales
(Vigilancia epidemiológica, prevención, atención y control)

Costa Rica, San José
4 de enero, 2010



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

Tabla de contenidos

1. Introducción
2. Evolución de la pandemia
 - 2.1. Situación de Costa Rica
 - 2.2. Tendencia mundial
3. Vigilancia epidemiológica
 - 3.1. Definiciones de caso
 - 3.2. Registro y notificación de casos
 - 3.3. Criterios para la toma de muestra
 - 3.4. Vigilancia centinela
 - 3.5. Puntos de entrada
 - 3.6. Respuesta a brotes
4. Prevención y control
 - 4.1. Medidas de prevención básicas
 - 4.2. Escenarios específicos
 - 4.2.1. Centros educativos y de cuidado
 - 4.2.2. Centros de trabajo
 - 4.2.2.1. Teletrabajo
 - 4.2.3. Centros penitenciarios
 - 4.2.4. Concentraciones y eventos masivos
 - 4.2.5. Hogar
 - 4.2.6. Funerarias y sitios de velación
 - 4.3. Vacunación
5. Organización de los servicios de salud



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

- 5.1. Valoración inicial y derivación de pacientes
 - 5.2. Uso de equipo de protección
 - 5.3. Medidas de aislamiento
 - 5.4. Tratamiento antiviral
 - 5.5. Quimioprofilaxis
 - 5.6. Abordaje de casos severos
 - 5.7. Pacientes pediátricos y neonatos
 - 5.8. Manejo perinatal
 - 5.9. Servicios de patología
 - 5.10. Monitoreo y supervisión
-
6. Comunicación e información
-
7. Anexos
 - 7.1. Boleta de notificación individual de vigilancia epidemiológica
 - 7.2. Registro colectivo de casos de notificación obligatoria
-
8. Referencias

1. Introducción

Ante la alerta pandémica que el mundo enfrentó en abril del 2009, generada por el reporte de casos confirmados por un nuevo virus de Influenza en México y California, nuestro país decretó Emergencia Sanitaria e implementó una estrategia integrada para dar una respuesta que articuló al sector salud con diversidad de instancias, tanto públicas como privadas.¹

El 11 de junio de 2009, la Organización Mundial de la Salud declaró fase 6 de pandemia, indicando que el virus se había diseminado a nivel global en tan solo 6 semanas y que el mundo se enfrentaba a la primera pandemia de influenza en el siglo XXI.

Costa Rica fue el primer país que confirmó un caso fuera del hemisferio norte de América. Desde el inicio se activaron los protocolos de respuesta, se implementaron lineamientos que se fueron adecuando al avanzar el conocimiento del nuevo virus, tomando medidas de prevención y control que permitieron modular esa primera ola pandémica.²

A lo largo de estos 8 meses, hemos monitoreado, evaluado y adecuado cada componente de la respuesta a la pandemia al ir recopilando evidencia de su patrón de comportamiento. Un punto de partida esencial ha sido la caracterización clínica y epidemiológica de la pandemia, al interno de nuestro país y en el contexto mundial.

Es así como, progresivamente, los esfuerzos iniciales de contención, al avanzar la diseminación del virus pandémico, se modificaron hacia una estrategia de mitigación, para reducir los efectos en la salud, así como el impacto social y económico de la pandemia.

En este escenario, al estar actualmente en una fase de meseta de la pandemia y previendo la presentación de una segunda ola pandémica, el Ministerio de Salud actualizó y adecuó los lineamientos de vigilancia epidemiológica, prevención, atención y control.

El propósito de este documento es, a partir de las lecciones aprendidas y la experiencia acumulada al momento, proveer directrices actualizadas que mantengan la funcionalidad e infraestructura de los servicios de salud, el trabajo articulado con diversos sectores, públicos y privados, facilitando estrategias de información a la población y la puesta en práctica de las medidas de prevención y control recomendadas.

2. Evolución de la pandemia

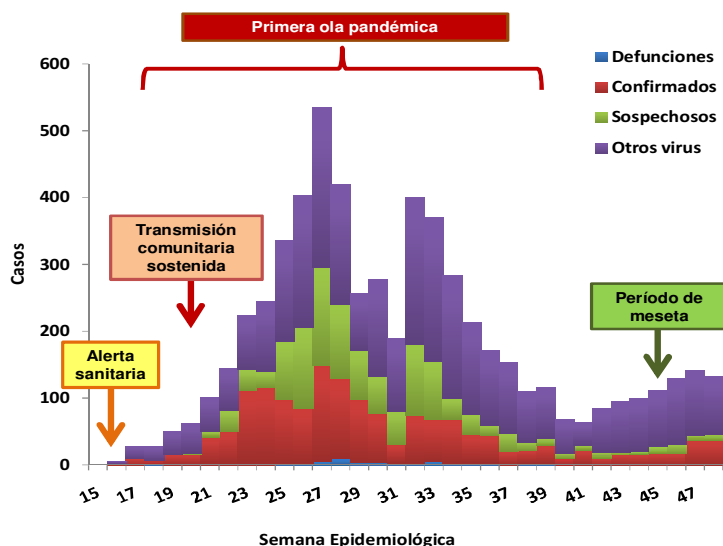
2.1. Situación de Costa Rica

A partir de la alerta sanitaria del 24 de abril del 2009 el sistema nacional de vigilancia se intensificó para detectar oportunamente la introducción del virus en el territorio nacional. El primer caso de Influenza AH1N1 se confirmó en la SE 16/2009 y desde ese momento hasta el 16 de diciembre del 2009, se registraron 12.218 casos sospechosos a quienes se tomó muestra. De ellos, se confirmó un total de 1.767 (14.5%) casos y 9.103 se descartaron.

Una vez detectado el primer caso, el virus se diseminó rápidamente en un patrón de transmisión comunitaria sostenida, inicialmente en el área metropolitana y luego al resto del país.

La curva epidémica de casos confirmados (Figura 1) muestra a nivel nacional una tendencia decreciente desde la SE 29 (del 19 al 25 de julio) hasta alcanzar una fase de meseta en la SE38/2009. Al reducirse la circulación del virus Influenza AH1N1, se incrementa proporcionalmente la incidencia de otras virosis respiratorias, especialmente desde la SE 43/2009 (del 25 al 31 de octubre), siendo el virus respiratorio sincitial y el adenovirus los principales virus que se detectan con mayor frecuencia.

Figura 1. Evolución de la pandemia de Influenza A H1N1 en Costa Rica.
Casos confirmados por semana epidemiológica SE16 - SE48/09



Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica.

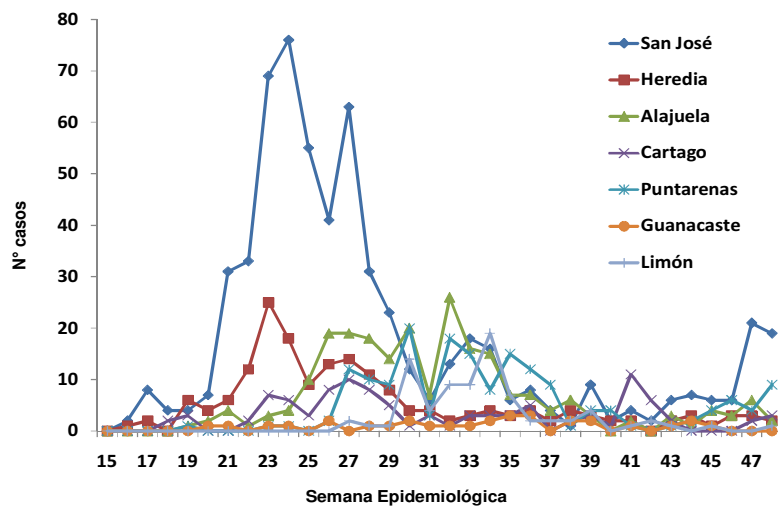
Datos actualizados al 16 diciembre 2009

En todas las provincias se han confirmado casos de Influenza AH1N1 como se observa en la Figura 2 y en el mapa (Figura 3) que muestra la totalidad de casos acumulados confirmados en Costa Rica al 16 de diciembre del 2009.



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

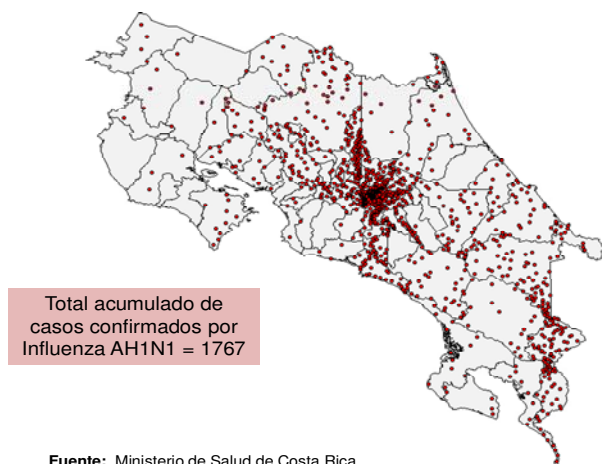
Figura 2. Casos confirmados de Influenza AH1N1 según provincia. Costa Rica, SE16 – SE48/2009.



Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica.

Datos actualizados al 16 diciembre 2009

Figura 3. Casos confirmados de Influenza AH1N1 en Costa Rica por cantón. Datos acumulados del 19 Abril al 16 Diciembre 2009



Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica.

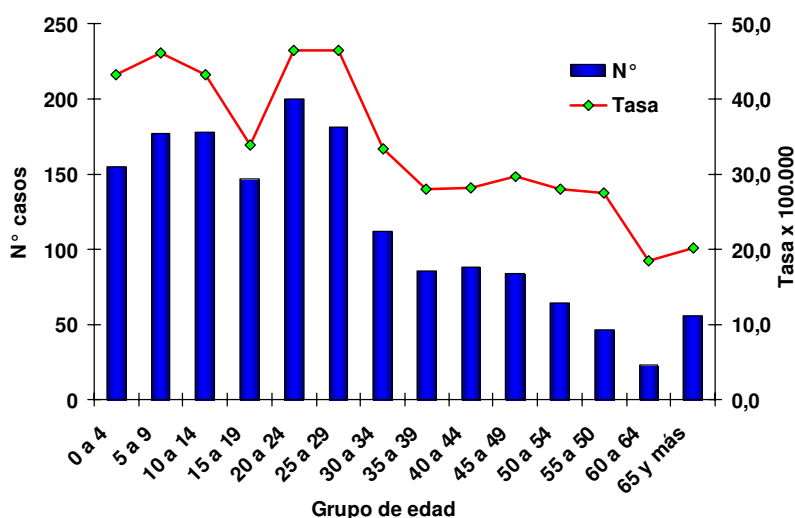
El análisis de incidencia de casos de influenza pandémica indica que Heredia es la provincia con la tasa más elevada de incidencia, seguida por Puntarenas, San José, Limón, Alajuela y finalmente Guanacaste.



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

La tasa de ataque de casos confirmados a nivel nacional, acumulada al 16 de diciembre de 2009, fue 39,7 por 100.000 habitantes. El sexo femenino mostró una tasa de 42,5 por 100.000 mujeres, superior a la masculina cuya cifra fue 36,9 por 100.000 hombres. Las tasas han sido más elevadas en la población menor de 14 años, seguidas por el grupo de edad de 20 a 29 años, siendo más bajas en las personas con 60 y más años (Figura 4).

Figura 4. Número de casos confirmados y tasas (x 100.000 hab.) de Influenza A H1N1 por grupo de edad. Costa Rica, SE16 – 48/2009



Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica.

Datos actualizados al 16 diciembre 2009

El análisis epidemiológico de la pandemia indica que existen condiciones de riesgo para una mayor severidad y mortalidad de las personas infectadas con este nuevo virus. La tabla 1 muestra que los factores de riesgo más frecuentes identificados en los casos sospechosos hospitalizados han sido en orden descendente: asma (21,0%), diabetes mellitus (10,7%), EPOC (9,4%), cardiopatías (7,9%), tabaquismo (7,5%), obesidad (7,3%) y embarazo (6%). La edad promedio de los casos sospechosos hospitalizados ha sido 31,4 años, siendo discretamente más frecuente la hospitalización en las mujeres.

Con respecto a la mortalidad, se han registrado 47 defunciones asociadas a la infección por el virus de influenza AH1N1 (Tabla 2), con una edad promedio fue 40,4 años. Un 79% de las defunciones tenían factores de riesgo asociados tales como: hipertensión arterial (33%), diabetes mellitus (33%), obesidad mórbida o grado III (31%), bronquitis o asma (11%), tabaquismo (14%), embarazo (14%) y síndrome de Down (6%).



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a los casos sospechosos hospitalizados por Influenza AH1N1. Costa Rica, Datos al 16 de diciembre 2009

Variable	N°	Porcentaje
N° hospitalizaciones	2.749	100%
Hombre	1290	46%
Mujer	1459	54%
Edad promedio	31,4 años	..
Casos graves (UCI)	247	9%
% Factores riesgo		
Asma	576	21,0%
Diabetes mellitus	297	10,7%
EPOC	255	9,4%
Cardiopatía	195	7,9%
Tabaquismo	185	7,5%
Obesidad	180	7,3%
Embarazo	88	6%*

*Calculado sólo en mujeres

Fuente: Base de datos de egreso hospitalario de pandemia Influenza AH1N1, CCSS

**Tabla 2. Características de las defunciones asociadas a Influenza AH1N1.
 Costa Rica, SE 16 – 48/2009**

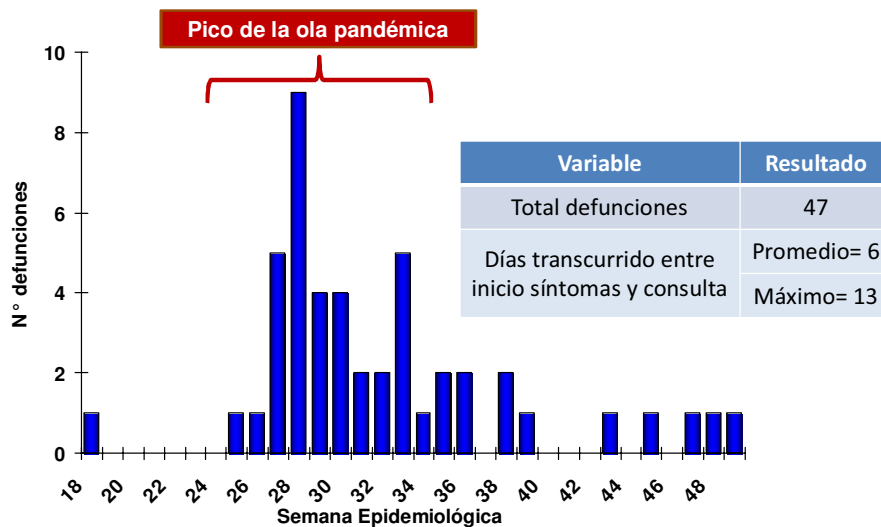
Variable	Número	Porcentaje
Sexo		
Total	47	100%
Hombre	26	55%
Mujer	21	45%
Edad		
Promedio	40,4 años	
Con factores de riesgo asociados	37	79%
Tipos de factores de riesgo		
Hipertensión arterial	17	33%
Diabetes Mellitus	16	33%
Obesidad mórbida o grado III	15	31%
Bronquitis crónica/Asma	11	11%
Tabaquismo	7	14%
Embarazo	3	14% de las mujeres
Síndrome Down	3	6%

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica.

Datos actualizados al 16 diciembre 2009

Es importante señalar que el promedio de días transcurridos entre el inicio de síntomas y la primera consulta de las personas que fallecieron fue de 6 días, con una persona que acudió al establecimiento de salud a los 13 días de iniciar la sintomatología. Esta condición provocó un retardo en el inicio del tratamiento antiviral con oseltamivir, dado que para que sea efectivo es necesario iniciarlo en las primeras 72 horas. La curva de defunciones coincide con la frecuencia de casos confirmados, siendo mayor durante el pico de la pandemia (Figura 5).

Figura 5. Defunciones asociadas a Influenza AH1N1 según semana epidemiológica. Costa Rica, SE 16 – 48/2009



Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica.

Datos actualizados al 16 diciembre 2009

Un aspecto fundamental en la respuesta a la pandemia ha sido la implementación de acciones de comunicación social, con la participación de diversos sectores, públicos y privados para mejorar el conocimiento, actitudes y prácticas de prevención y protección apropiadas en la población. En ese sentido, con el apoyo de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica, mediante la inclusión de un módulo de preguntas en las Encuestas de Confianza del Consumidor realizadas en mayo y agosto, fue posible conocer y monitorear el impacto de la pandemia en los hábitos de higiene para evitar el contagio, el conocimiento de los síntomas y riesgo de contagio de influenza, entre otros.

Un aspecto positivo fue que, en el transcurso de solo 3 meses (mayo a agosto), la práctica de lavado de manos en la población costarricense, posterior a diversas actividades se incrementó, porcentualmente, con los siguientes resultados: después de toser o estornudar (31,0 puntos), luego de usar transporte público (24,9 puntos), al volver de la calle (23,2 puntos), luego de las compras (21,3 puntos) y antes y después de comer (18,9 puntos).³

Algunas consideraciones al momento actual, referentes al comportamiento de la pandemia de influenza AH1N1 en Costa Rica, indican que:



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

- ✓ Este nuevo virus ha sido altamente transmisible, lo cual se evidencia en la rapidez de su diseminación a nivel mundial, que en 6 semanas se difundió en todos los continentes, así como su patrón de contagio en Costa Rica, al diseminarse en todo el país en un período similar. Este nivel de contagio se evidencia también en las elevadas tasas de ataque documentadas en grupos cerrados con elevado contacto y conglomerados de población,⁴ efecto que ha sido reportado en otros países.⁵
- ✓ A pesar de la elevada transmisibilidad, la patogenicidad del virus es moderada. Afortunadamente la mayoría de casos muestran una afectación y evolución similar al comportamiento de la influenza estacional. Sin embargo, al ser un virus nuevo se enfrenta a una población altamente susceptible, por lo cual, su tasa de reproducción se estima en 2,2-3,1.⁶ Además, al afectar con mayor probabilidad a los grupos de población menores de 60 años de edad, ha provocado un impacto importante en la población de edad productiva.
- ✓ La severidad de la enfermedad y la letalidad del virus indica que la población joven enfrenta el mayor riesgo, con un promedio de 31, 4 años de edad en los casos hospitalizados y 40,4 años en los fallecidos. Otro hallazgo relevante es la asociación de la severidad con factores de riesgo crónicos como asma, EPOC, diabetes mellitus, obesidad, cardiopatías, así como en la condición de mujer embarazada y los hábitos nocivos para la salud como el tabaquismo. Este patrón de presentación ha sido de gran importancia para priorizar la indicación de tratamiento. La efectividad del antiviral depende del momento del inicio de tratamiento, por lo cual, al analizar el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta (promedio= 6 días), es posible afirmar que es necesario facilitar la detección temprana e inicio oportuno de tratamiento.
- ✓ Aunque la diseminación del virus alcanzó todas las provincias, la incidencia ha sido mayor en las áreas de mayor concentración poblacional, como la metropolitana. Es difícil estimar la proporción de población que se ha inmunizado con el contagio del virus, pues se ha priorizado la toma de muestra en los casos más graves. Por ello, la tasa de incidencia reportada solo evidencia una fracción de la población afectada.
- ✓ Un ensayo clínico realizado en Costa Rica determinó, en las personas que participaron del estudio tenían, en promedio, un 26% de los niños/as de 3 a 8 años tenían niveles protectores de anticuerpos contra Influenza AH1N1 cuando se reclutaron, con cifras entre 29-43% en la población de adolescentes.⁷ Estos niveles, aunque no surgen de una muestra representativa de la población nacional, aportan información importante pues indican que es importante mantener la alerta sanitaria y realizar acciones de vacunación dado que el nivel inmunitario no es suficiente para evitar una potencial segunda ola pandémica en el país.
- ✓ Es importante reconocer que el sistema de salud de Costa Rica aprovechó sus fortalezas y fue oportuno en detectar la introducción del virus Influenza AH1N1 en el país. Además, logró flexibilizarse para adaptarse al avance de la pandemia en aspectos relativos a definiciones de caso, criterios para la toma de muestras de laboratorio, caracterización e identificación de grupos de riesgo y modificaciones en los mecanismos de registro y monitoreo de la pandemia. Esta flexibilidad y oportunidad deberá mantenerse y adecuarse al comportamiento del virus en los próximos meses hasta que se convierta en un virus endémico.



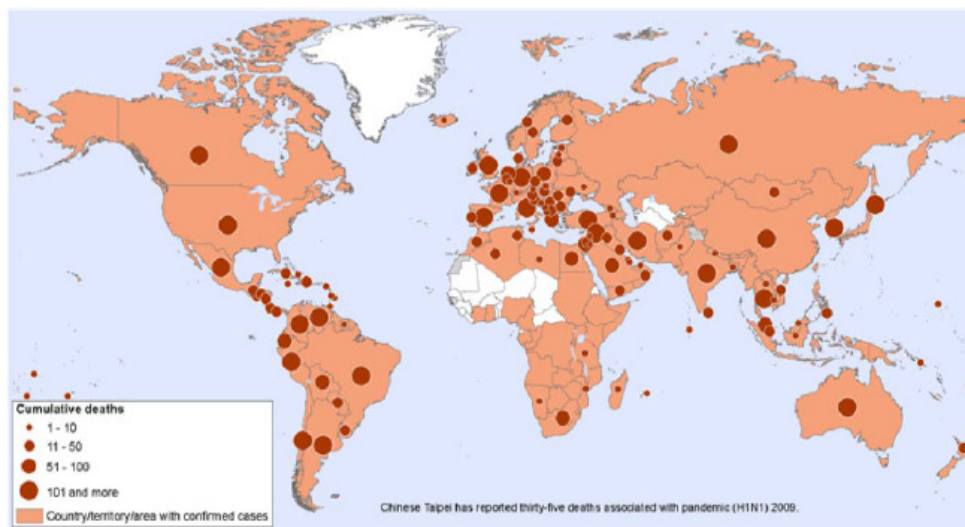
Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

- ✓ Los servicios de salud aprovecharon la preparación que habían recibido para implementar los planes para dar respuesta a la pandemia y, a pesar de las dificultades para estimar las necesidades de insumos dada la incertidumbre relativa a la virulencia y patogenicidad del virus cuando inició su circulación en el mundo, contó con los recursos e insumos requeridos para atender a la población y reducir la letalidad de los casos afectados por la enfermedad.
- ✓ La población, instituciones de diversos sectores y las organizaciones, públicas y privadas, han respondido en forma efectiva a las directrices para enfrentar la pandemia, logrando un cambio positivo en las prácticas de higiene y distanciamiento social. El desafío es aprovechar esos hábitos y conocimientos que se han adquirido para no solo mantener los logros, sino avanzar en el mejoramiento de prácticas saludables de la población.

2.2 . Tendencia mundial

Al 27 de diciembre de 2009, más de 208 países y territorios han reportado casos confirmados de Influenza AH1N1 en el mundo. Como se muestra en la Figura 5, a la fecha, el virus se ha diseminado a todos los continentes, provocando al menos 12.220 muertes.⁸

Figura 5. Casos confirmados de Influenza AH1N1 y defunciones reportadas a la OMS por los países. Datos al 27 diciembre 2009.



Fuente: http://gamapserv.who.int/h1n1/cases-deaths/h1n1_casesdeaths.html

Debido a que los países están implementando una vigilancia de casos clínicos y, por lo tanto, aplicando criterios muy selectivos para la toma de muestra, los casos confirmados reportados por la OMS representan una subestimación de la incidencia de la influenza pandémica. Por ello, no es posible comparar incidencia y mortalidad entre países debido a las diferencias en las capacidades de detección y diagnóstico de los servicios de salud entre países, sumado a la focalización de la toma de muestra a los pacientes más graves y hospitalizados.

Por lo anterior, para tener una aproximación más adecuada de la incidencia de influenza por virus H1N1, es necesario aplicar técnicas de modelaje de datos. En base a la información de casos confirmados por el virus pandémico en Estados Unidos, el CDC desarrolló un modelo matemático que estimó que durante el período abril a julio 2009, cada caso reportado al sistema de vigilancia representó un total de 79 casos sintomáticos no registrados (Intervalo de confianza 90%= de 47–148).⁹ En términos absolutos, el CDC estima que durante el período de abril a noviembre 2009, un total de 47 millones de personas enfermaron por influenza AH1N1 (Rango= 34–67 millones). Por cada caso hospitalizado confirmado por influenza AH1N1 se estimó que 2.7 personas hospitalizadas eran positivas por el virus pandémico y no fueron confirmadas (Rango= 1.9–4.3), para un total estimado de 213.000 hospitalizados (Rango= 154.000–303.000). Este estudio reportó también un 6% de letalidad en los casos hospitalizados, lo cual corresponde a una media de 9.820 muertes asociadas al virus pandémico.¹⁰

La información disponible evidencia que la probabilidad de hospitalización y muerte por influenza pandémica aumenta en personas con condiciones crónicas asociadas. Canadá reporta que el 52% de los hospitalizados, 60% de las personas que requirieron terapia intensiva y 67% de los fallecidos tenían alguna enfermedad crónica concomitante. Dentro de ellas se registra el asma, cardiopatías, inmunosupresión y diabetes mellitus. Es importante señalar que, a diferencia del comportamiento que sistemáticamente ha mostrado el virus estacional de influenza, existe coincidencia en los reportes epidemiológicos y publicaciones científicas internacionales que el virus pandémico ha afectado prioritariamente a la población menor de 65 años.¹¹

Concordando con reportes de los períodos pandémicos como inter-pandémicos de la influenza, las mujeres gestantes también constituyen un grupo de riesgo para presentar complicaciones graves e incluso morir. Estados Unidos reportó una casuística de 34 casos ocurridos en el período comprendido entre el 15 de abril y el 18 de mayo 2009. Este análisis evidenció un riesgo de hospitalización cuatro veces mayor en las mujeres embarazadas en comparación con la población general.¹² Reportes epidemiológicos difundidos en Estados Unidos, Canadá y Australia refuerzan el hallazgo de que el riesgo de hospitalización en gestantes aumenta a mayor duración del embarazo.^{13, 14}

Otro aspecto importante que surge del análisis de los reportes de laboratorio de los casos confirmados en los países ha sido la dominancia del virus Influenza A H1N1 dentro de los virus de influenza que circulan en el mundo. Datos disponibles de la semana del 6 al 12 de diciembre 2009 reportados por la OMS muestran que el 90.8% de los especímenes respiratorios correspondieron al virus pandémico A H1N1, 1.0% al estacional A (H1), 1.1% fueron A (H3), 5.6% han sido virus influenza A no subtipificables y 1.6% fueron virus influenza B.¹⁵



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

La medición final de la mortalidad provocada por la pandemia solo será posible hacerla hasta 1 o 2 años posterior al pico pandémico pues, hasta entonces será factible aplicar métodos similares a los empleados para calcular el exceso de mortalidad durante las epidemias de influenza estacional mediante la comparación de diferencias con años anteriores.¹⁶ Obviamente, la magnitud de la incidencia y mortalidad estará determinada por la eficacia de las acciones preventivas tales como la vacunación, dado que es una intervención que modificará las tasas de incidencia y complicaciones asociadas a la infección por el virus pandémico.



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

3. Vigilancia epidemiológica

Las acciones de vigilancia tienen como objetivo brindar una información oportuna y de calidad, que apoye las acciones de mitigación, evitando en la medida de lo posible los casos graves y las muertes, las mismas se dirigirán a:

- ✓ Identificar, investigar y vigilar la tendencia de los casos de enfermedad respiratoria aguda grave (IRAG) y fallecimientos.
- ✓ Vigilar la tendencia de la Enfermedades Tipo Influenza (ETI), con el fin de detectar la ocurrencia de brotes inusuales y conglomerados de casos.
- ✓ Caracterizar sistemáticamente el comportamiento de la enfermedad, identificando oportunamente la ocurrencia de cambios en el patrón de severidad o afectación de grupos de riesgo.
- ✓ Reforzar la vigilancia virológica para identificar cambios genéticos o funcionales – resistencia a antivirales- en los virus influenza.

Para realizar la vigilancia, se requiere contar con definiciones operativas estandarizadas.

3.1 Definiciones de caso

Enfermedad Tipo Influenza (ETI):

Toda persona que presente fiebre (38°C o más) y, adicionalmente, al menos uno de los siguientes síntomas:

- ✓ Dolor de garganta
- ✓ Secreción o congestión nasal
- ✓ Dolor muscular y/o articular
- ✓ Tos

Infecciones respiratorias agudas de vías superiores (IRAS):

Incluye aquellas infecciones respiratorias superiores tales como rinofaringitis aguda, sinusitis aguda, amigdalitis aguda, faringitis aguda, laringitis y traqueítis aguda, laringitis obstructiva aguda (crup) y epiglotitis.

Infeción respiratoria aguda grave (IRAG)

La persona se clasifica como un caso de IRAG si presenta:

- ✓ Aparición súbita de fiebre mayor o igual a 38 ° C y
- ✓ Tos o dolor de garganta y
- ✓ Disnea o dificultad respiratoria

Se considerará disnea o dificultad respiratoria:

- ✓ En lactantes antes de 2 meses: > 60 respiraciones por minuto
- ✓ En lactantes de 2 a 11 meses: \geq 50 respiraciones por minuto
- ✓ En niños de 1 a 5 años: \geq 40 respiraciones por minuto
- ✓ En adultos: > 26 respiraciones por minuto

Caso confirmado por laboratorio de Influenza A H1N1:

Toda persona que cumpla la definición de ETI o IRAG, más un resultado de laboratorio positivo por virus de Influenza Pandémica A H1N1 mediante PCR en tiempo real.

Caso descartado de influenza A H1N1

Toda persona que cumpla la definición de ETI o IRAG, más un resultado de laboratorio negativo por virus de Influenza Pandémica A H1N1 mediante PCR en tiempo real.

3.2 Registro y notificación de casos

Se emplearán 2 tipos de boletas para la notificación de casos de ETI o Influenza pandémica A H1N1.

1. **Boleta de notificación individual de vigilancia epidemiológica (VE-01):** para los casos de IRAG hospitalizados, o para las ETI a las que se les realizó examen confirmatorio y éste es positivo. Se utilizarán procedimientos y flujo de información establecido para la vigilancia epidemiológica del país.
2. **Boleta de notificación colectiva de vigilancia epidemiológica (VE 02):** para todos los casos que cumplen con la definición de ETI.

La notificación de casos debe ser diaria.

Tanto la información de la boleta VE01, como la VE02 (ver Anexos), deben enviarse en la salida en Excel al Área Rectora del Ministerio de Salud.

Se debe hacer un **seguimiento semanal** de la tendencia de las ETI y las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) reportadas mediante la boleta VE 02, para detectar tempranamente cualquier aumento inusitado en el número de casos.

3.3 Criterios para la toma de muestras

No es necesario tener un diagnóstico confirmatorio de laboratorio para definir el manejo del caso o la conducta terapéutica de los casos de Influenza AH1N1. El propósito del diagnóstico confirmatorio, a partir de esta fase de la pandemia, es caracterizar los casos con enfermedad grave, identificar la circulación del virus en zonas que han estado silenciosas, e identificar el inicio de la segunda ola. Estos criterios podrán cambiar eventualmente conforme avance el conocimiento del comportamiento clínico y epidemiológico de la pandemia.

Por lo anterior, la muestra confirmatoria de laboratorio se tomará únicamente a:

- ✓ La persona que cumple con la descripción clínica de infección respiratoria aguda grave (IRAG), que su manejo sea hospitalario.
- ✓ A nivel comunitario en aquellas áreas, donde se evidencie un incremento en el número de ETI, se tomarán 10 muestras previa coordinación con el Centro Nacional de Influenza (CNI), estos deben cumplir en forma estricta con la definición de caso.

Es necesario recordar que la posibilidad de positividad de una muestra respiratoria depende de:

- ✓ Días transcurridos entre el inicio de síntomas y la fecha de toma de la muestra. Por ello, es necesario tomar la muestra durante los primeros 3 días desde que la persona inició el cuadro clínico de influenza. Sólo se admitirán muestras con más de 3 días, en los casos de IRAG.
- ✓ Método de toma de muestra (aspirado nasofaríngeo o hisopado) en caso de hisopado éste debe ser de dacrón –no utilizar hisopo de algodón-.
- ✓ Conservación y transporte de la muestra a 4° C y empleando el embalaje establecido en los procedimientos.
- ✓ Transporte de la muestra a 4°C en medio de transporte viral. En caso de no contar con ese medio, se debe utilizar solución salina estéril o suero fisiológico estéril.

A la fecha, se ha encontrado un porcentaje importante de co-infección, sea por virus o por bacterias, en los casos confirmados de Influenza AH1N1. Por ello, en los casos de IRAG se debe indicar si es necesario realizar, además de pruebas de virología, los análisis para identificar bacterias. En estos casos, esta muestra debe ser tomada por aspirado nasofaríngeo y conservada en solución salina estéril o suero fisiológico estéril, **NO utilizar medio de transporte viral** ya que el mismo contiene antibióticos y puede inhibir el crecimiento de bacterias.

3.4 . Vigilancia centinela

Como una estrategia para mejorar la oportunidad de la respuesta de laboratorio, y desahogar el CNI, se ha planteado la descentralización de Inmunofluorescencia de Virus respiratorios en apoyo a la vigilancia epidemiológica, para lo anterior se ha planteado:

- ✓ Reactivación de los laboratorios centinelas existentes, a partir de diciembre:
 - Clínica de Pavas (toma de muestra)
 - Hospital Nacional de Niños
 - Hospital Blanco Cervantes
 - Hospital Max Peralta
 - Hospital Monseñor Sanabria

Y la unidad centinela del Hospital San Vicente de Paúl, que se integró como unidad centinela a partir de la puesta en marcha del proyecto piloto de vigilancia integrada de enfermedades prevenibles por vacunación.

En el caso de la Clínica de Pavas, enviar no más de 5 muestras por semana al CNI. El resto recibirá las muestras de todas las IRAG hospitalizadas.

Todos los lunes deberán enviar los resultados al CNI, en la plantilla de Excel que éste les entregó.

- ✓ Laboratorios centinelas nuevos

A partir del 2010 se iniciará el proceso de desconcentración, en los siguientes establecimientos:

- Hospital México
- Hospital Tony Facio
- Clínica de Hone Creek (Toma de muestra, referirá a Hospital Tony Facio)
- Hospital de Ciudad Neilly
- Hospital de Golfito
- Hospital de San Vito
- Hospital Escalante Pradilla
- Clínica de La Cruz (Toma de muestra, referirá a Hospital Enrique Baltodano)
- Hospital de Los Chiles
- Hospital de Nicoya
- Área de Salud Los Santos (Toma de muestra, referirá a Hospital Max Peralta)
- Área de Salud Turrialba, Sede Grano de Oro. (Toma de muestra, referirá a Hospital Max Peralta).

Se iniciará con un diagnóstico de la capacidad instalada de los laboratorios en la primera semana de enero 2010.

Ante un aumento inusitado de las enfermedades respiratorias, mientras se instalan los laboratorios centinela, se tomarán 5 muestras por semana y se enviarán al CNI.

3.5. Control en puntos de entrada y salida del país

Dado que el virus ya se ha propagado, no será posible detenerlo en la frontera, el puerto o el aeropuerto, además de que no hay indicios de que estas medidas detengan la propagación de la enfermedad y pueden ser muy perturbadoras para el tránsito y el comercio internacionales.

Por lo tanto, no se estarán imponiendo restricciones a los viajes. Las personas que están infectadas por el virus y que pueden infectar a otras, pueden estar asintomáticas y, por consiguiente, no pueden ser distinguidas de las que no están infectadas.

Con base a lo anterior, se mantiene la indicación de que en los puntos de entrada se solicite la declaración establecida por el Reglamento Sanitario Internacional por parte de los capitanes de barco o pilotos de avión. Las personas con cuadros de ETI o IRAG no deben viajar para evitar una mayor propagación del virus. Los viajantes que se detecten en los puntos de entrada del país con una enfermedad tipo influenza deben ser atendidos oportunamente y de acuerdo con su valoración clínica y epidemiológica, se le darán las indicaciones correspondientes.

3.6. Respuesta a brotes

Ante un aumento inusitado en el número de casos de ETI, en un área geográfica determinada, se deben tomar 10 muestras, previa coordinación con el CNI. No es necesario realizar la investigación de casos y contactos.

Se debe enfatizar en la población las medidas básicas de prevención tales como el lavado de manos, el protocolo de la tos y el estornudo, e insistir en que las personas con sintomatología de ETI, no acudan a los centros de trabajo, estudio o actividades masivas. El Área Rectora debe notificar de inmediato la alerta del brote, a la Dirección Regional Rectora y a la Dirección de Vigilancia de la Salud.

4. Prevención y control

4.1. Medidas de prevención básicas

Las siguientes son consideradas medidas básicas de prevención por encontrarse al alcance de prácticamente todas las personas. Deben ser incorporadas dentro de los hábitos de higiene para evitar no solo la infección por virus Influenza, sino por cientos de microorganismos que provocan estados de enfermedad.

Manera correcta de estornudar y toser:

Fundamento teórico: en cada estornudo y tosido cientos o miles de partículas virales son expulsadas de manera violenta, con el riesgo resultante de infectarse para las personas alrededor.

- 1) Cubrirse con la cara interna del antebrazo justo antes de estornudar o toser, de tal manera que se forme un sello que impida la expulsión de gotas de saliva fuera del antebrazo.
- 2) Usar pañuelo desechable. Se debe descartar inmediatamente luego de utilizarlo y se debe usar uno nuevo la próxima ocasión, lavándose las manos inmediatamente después.
- 3) Menos recomendable pero viable, si no se cuenta con pañuelo desechable, el uso del pañuelo de tela. Este se debe cambiar/lavar varias veces al día y no dejarlo en un lugar expuesto donde otras personas puedan entrar en contacto con el mismo.

Lavado frecuente de manos con agua y jabón

Fundamento teórico: las manos son portadoras de gérmenes, incluido el virus de la Influenza, y se contaminan con mucha facilidad.

- 1) Se debe procurar que el agua utilizada sea apta para el consumo humano.
- 2) Se debe utilizar jabón líquido o en barra.
- 3) Para un adecuado lavado de manos se deben seguir los pasos siguientes:
 - a. Humedezca las manos con agua
 - b. Aplique suficiente jabón para cubrir toda la superficie de las manos.
 - c. Frote las manos palma con palma.
 - d. Coloque la mano derecha encima del dorso de la otra mano, entrelazando los dedos y viceversa.
 - e. Ahora entrelace los dedos palma con palma.
 - f. Apoye el dorso de los dedos contra las palmas de las manos con los dedos entrelazados



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

- g. Apriete el pulgar izquierdo con la mano derecha, frote circularmente. Haga lo mismo con la otra mano.
- h. Frote circularmente hacia atrás y hacia adelante, con la yema de los dedos de la derecha para con la izquierda y viceversa.
- i. Enjuague con agua
- j. Secarse las manos con toalla desechable. Deben quedar bien secas.
- k. Use la toalla para cerrar la llave del agua.
- l. En el hogar, si no existe la posibilidad de disponer de toallas desechables se puede disponer de una toalla de tela pero esta se debe cambiar y lavar frecuentemente, varias veces al día.

4) ¿Cuándo se deben lavar las manos?

- a. Después de estornudar o toser
- b. Después de tocar o manipular artículos u objetos que pueden estar contaminados (teléfonos, interruptores de luz, barandas de escaleras, botones de ascensores, barras de buses, dinero, computadoras, mostradores, perillas de puertas, llaves de tubos, palanca sanitaria, etc).
- c. Después de cambiar los pañales, antes de comer, antes de preparar alimentos, antes de tocarse la cara, después de ir al servicio sanitario, luego de visitar centros de salud, luego de estrechar la mano con otra persona, luego de darle asistencia a algún familiar enfermo, entre otros).

- 5) **NOTA:** El uso de alcohol en gel no se recomienda como primera opción. Se puede utilizar en lugares donde no es posible lavarse las manos con agua y jabón, pero no se debe usar más de dos veces consecutivas sin lavarse las manos, porque se forma una capa de gel en las manos que atrapa bacterias y virus.

Buenas prácticas de comportamiento social:

Fundamento teórico: virus como la Influenza aumentan considerablemente sus oportunidades de transmitirse de persona a persona en espacios concurridos y cerrados.

- 1) Si está con síntomas de resfrío o gripe, evite a toda costa acudir a lugares concurridos (centros educativos y de trabajo, supermercados, iglesias, centros comerciales, estadios, cines, entre otros).
- 2) Si usted está sano(a), evite la exposición innecesaria a personas con síntomas de resfrío o gripe.
- 3) No escupir o expulsar flemas en la vía pública.
- 4) No compartir utensilios de alimentación o alimentos que puedan contener secreciones de otras personas (especialmente si tienen síntomas de resfrío o gripe).



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

- 5) Si usted no tiene síntomas y visita lugares concurridos, redoble los esfuerzos por lavarse las manos con frecuencia, más aun antes de tocarse la cara (frotarse los ojos, quitarse o ponerse los lentes, entre otros).
- 6) No se lleve los dedos, lapiceros u objetos varios a la boca.

Fortalecimiento del sistema inmunológico

Fundamento teórico: los virus como la Influenza infectan con mayor facilidad a personas que tienen alguna disminución de la actividad del sistema inmunológico.

Se basa en tres prácticas:

- 1) Alimentación saludable
- 2) Ejercicio físico regular
- 3) Evitar situaciones estresantes sostenidas.

Limpieza y desinfección:

Fundamento teórico: el virus de la Influenza puede sobrevivir en las gotitas de saliva depositadas –a través de estornudos, tos o las manos- en superficies lisas o rugosas por varias horas y continuar siendo infectante.

- 1) Se debe desinfectar con frecuencia (dos o más veces al día) las superficies y objetos de lugares de trabajo. Se deben utilizar desinfectantes comunes.
- 2) Mantenga limpia su casa. Desinfecte los lugares de uso frecuente. La casa se debe mantener bien ventilada, dejando que entre luz natural.

No fumado:

Fundamento teórico: el humo del cigarro lesiona el sistema respiratorio, dejándolo indefenso ante el virus de la Influenza y otras infecciones. Esto ocurre tanto en fumadores activos como en pasivos.

- 1) No fume
- 2) No exponga a otras personas al humo de tabaco.
- 3) Aléjese de las personas que fuman.

Recomendaciones generales:

- ✓ Aproveche cada oportunidad que tenga para reforzar estas conductas con sus hijos o personas dependientes de usted.
- ✓ Disponer en todos los baños de papel higiénico, jabón para manos, agua y papel toalla desechable.

- ✓ Colocar en lugares visibles del Centro los afiches “Cómo lavarse las manos con agua y jabón” y “Forma correcta de toser y estornudar” y realizar acciones informativas y educativas con todos los grupos de interés del Centro, tendientes a la incorporación de prácticas saludables.

4.2. Escenarios específicos

4.2.1. Centros educativos y de cuidado

- ✓ Aplicar las medidas de prevención básicas indicadas en el apartado 4.1.
- ✓ Identificar y tomar las medidas necesarias para garantizar que dentro del centro educativo no permanezcan personas con síntomas de resfrío o gripe.
- ✓ Garantizar las buenas prácticas de higiene de los estudiantes, personal, tanto docente como administrativo y personas que acuden al centro educativo
- ✓ Realizar actividades con los (as) estudiantes mediante las cuales se trate el tema, incluyendo demostración sobre el lavado de manos apropiado y el protocolo de la tos y el estornudo
- ✓ Disponer en todos los baños de papel higiénico, jabón para manos, agua y papel toalla desechable.
- ✓ Mantener lugares de trabajo y aulas ventiladas.
- ✓ El Director del centro debe verificar que el personal docente y administrativo cumpla con estas responsabilidades controlando las acciones de prevención y contención de la Enfermedad Tipo Influenza en el centro educativo. Asimismo reportar oportunamente la información requerida por las autoridades de salud con base en las directrices oficiales emitidas por el Ministerio de Salud y solicitar a los (as) estudiantes y padres y madres de familia que practiquen las medidas generales de prevención en sus casas.
- ✓ Si en algún momento se considera que se requiere cerrar un establecimiento educativo, será en situaciones muy calificadas, Para ello, se emplearán variables como: total de casos de ETI, detectados en la escuela, colegio o universidad, % y total de personas del centro educativo que están en riesgo de contraer la infección (personal docente, administrativo y estudiantes), características de las cadenas de transmisión, rango de edades, alumnos por sección, horario de estudio y turnos de funcionamiento del centro educativo.
- ✓ En caso de cierre, el Ministerio de Salud notificará al director de esas escuelas y colegios, la decisión, los fundamentos y recomendaciones.
- ✓ Además de las medidas básicas de prevención y las indicaciones ya señaladas, en los centros de cuidado se deben seguir las siguientes indicaciones:
- ✓ Identificar e indicarle a los miembros del personal que presenten síntomas de “gripe” o “resfrío” que no se presenten a laborar hasta que se recuperen. Y a los visitantes que



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

presenten síntomas de “gripe” o “resfrío” que se abstengan de ingresar al centro de cuidado.

- ✓ Reportar oportunamente la información requerida por las autoridades de salud con base en las directrices oficiales emitidas por el Ministerio de Salud

4.2.2. Centros de trabajo

- ✓ Aplicar las medidas de prevención básicas indicadas en el apartado 4.1.
- ✓ Identificar y tomar las medidas necesarias para garantizar que dentro del centro de trabajo no permanezcan personas con síntomas de resfrío o gripe.
- ✓ Garantizar las buenas prácticas de higiene de los trabajadores

4.2.2.1. Teletrabajo

- ✓ Según el decreto ejecutivo 35434 S- MTSS, publicado el 12 de agosto del 2009, las empresas e instituciones del sector público y privado que cuenten con la modalidad de teletrabajo para mujeres embarazadas, la aplicarán según la normativa existente en cada institución, cuidando mantener en el hogar las medidas básicas de prevención. Asimismo se debe asegurar que en el ambiente de trabajo de una embarazada no se permita la presencia de personas con sintomatología de influenza.

4.2.3. Centros penitenciarios

- ✓ Aplicar las medidas de prevención básicas indicadas en el apartado 4.1.
- ✓ Garantizar que se divulgue la información a todo el personal del Centro y a los privados (as) de libertad.
- ✓ Reportar oportunamente la información requerida por las autoridades de salud con base en las directrices oficiales emitidas por el Ministerio de Salud.
- ✓ Facilitar al personal y a los privados de libertad del Centro el acceso a los servicios de salud si presenta síntomas de Enfermedad Tipo Influenza.
- ✓ Identificar e indicarle a los miembros del personal que presenten síntomas de “gripe” o “resfrío” que no se presenten a laborar hasta que se recuperen.
- ✓ Identificar e indicarle a los (as) privados de libertad que presenten síntomas de “gripe” o “resfrío” que acudan al servicio de salud del Centro Penitenciario.
- ✓ Disponer de un área de aislamiento para utilizar en caso de que se presente un brote de casos con ETI.

4.2.4. Concentraciones y eventos masivos

- ✓ Solicitar a las personas con factores de riesgo o con síntomas de gripe o resfrío, abstenerse de participar en la actividad.
- ✓ Garantizar la disponibilidad de suficientes basureros con tapa
- ✓ Disponer de personal que vigile la adecuada disposición de desechos por parte de los (as) participantes y que los basureros se mantengan tapados.
- ✓ Recordar a los (as) participantes la importancia de utilizar pañuelos desechables al estornudar y toser y/o practicar el protocolo del estornudo e informar que los pañuelos desechables y otros desechos sobre los que se ha tosido o estornudado deben depositarse en los basureros.
- ✓ Garantizar las buenas prácticas en el lavado de la cristalería, vajilla, cubiertos y manteles, en el caso de los restaurantes, sodas y similares.
- ✓ Utilizar preferiblemente servilletas de papel y desecharlas en basureros con bolsa, debidamente cerrada.
- ✓ Desestimular y/o modificar las prácticas religiosas o sociales que favorezcan el contagio con el virus (dar la comunión en la boca, saludarse con besos, abrazos o dándose las manos, besar o tocar imágenes, aglomerarse, sentarse en el piso).
- ✓ Colocar en lugares visibles y estratégicos de los establecimientos y actividades los afiches: “Cómo lavarse las manos con agua y jabón” y “Forma correcta de toser y estornudar”
- ✓ Disponer en todos los baños de la organización: papel higiénico, jabón para manos y papel toalla desechable.

4.2.5. Hogar

- ✓ Aplicar las medidas de prevención básicas indicadas en el apartado 4.1.
- ✓ Mantener bien ventiladas las áreas comunes del domicilio (comedor, cocina, baños, sala y otros).
- ✓ El aislamiento de una persona con ETI en el hogar debe ser en una habitación ventilada, asignar un basurero exclusivo para depositar los desechos del (a) enfermo y preferiblemente ser atendido por una sola persona que no padezca de enfermedades crónicas, inmunodeficiencias, que no está embarazada y que no presente ningún otro factor de riesgo.
- ✓ Durante el tiempo que asista al (la) enfermo, el (al) cuidador limite sus actividades fuera del domicilio, todo momento debe evitar el contacto cara a cara con el (la)

enfermo, procurando que el contacto cercano con la persona enferma dure el menor tiempo posible.

- ✓ Autoevaluar la condición de salud del enfermo diariamente con la toma de temperatura, al menos dos veces al día
- ✓ Si el enfermo es un (a) niño pequeño, tomar precauciones al alzarlo, evitando el contacto directo cara a cara, como por ejemplo, colocando la barbilla del (la) niño sobre su hombro.
- ✓ Lavarse las manos cada vez que toque al (la) enfermo o sus pertenencias, con abundante agua y jabón o una solución antiséptica a base de alcohol.
- ✓ Utilizar siempre mascarilla mientras mantenga contacto con el (la) enfermo, evitando utilizar mascarillas que no sean descartables (tela).
- ✓ Descartar diariamente la mascarilla y lavar su ropa diariamente.
- ✓ Cuando el enfermo sale de la habitación a otra área del hogar debe utilizar la mascarilla quirúrgica. No debe compartir utensilios de cocina ni alimentos con otros familiares, ni debe recibir visitas.
- ✓ Tanto el cuidador como el resto de los ocupantes de la vivienda deben estar alertas si inician síntomas sospechosos de Influenza Pandémica tales como: fiebre, tos, dolor de garganta, secreción o congestión nasal, dolor de músculos y/o articulaciones, diarrea
- ✓ Se deben extremar las medidas de limpieza en todo el domicilio.

4.2.6. Funerarias y sitios de velación

- ✓ Brindar a los empleados y a la población durante las actividades ordinarias de atención, información sobre las medidas preventivas que han sido establecidas oficialmente por el Ministerio de Salud, para las personas que han estado, estén o estarán en contacto con un fallecido sospechoso o confirmado con el virus de la Influenza AH1N.
- ✓ Cumplir con las directrices establecidas en apartado 5.9, Servicios de patología
- ✓ Mantener sellada la caja mortuoria

4.3. Vacunación

La vacunación contra la influenza es el método más efectivo para prevenir la enfermedad y las complicaciones derivadas de la misma. La vacuna estacional contra influenza se sabe que no protege contra la actual pandemia, por ello vacunas específicas han sido manufacturadas. La oferta de dichas vacunas no supera la demanda de la misma, de ahí la necesidad de priorizar en su aplicación basándonos en los grupos de riesgo, por las razones anteriormente descritas.

La vacuna que estará disponible en Costa Rica será la vacuna de Sanofi Pasteur, comercialmente conocida como Panenza, contiene:



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

- Virus de la gripe, propagado en huevo embrionado, fraccionado, inactivado, que contiene un antígeno equivalente a: A/California/7/2009 (H1N1) v-cepa análoga (NYMC X-179A) 15 microgramos (expresado en microgramos de hemaglutinina) por dosis de 0.5 mL (1 vacuna para adultos, niños menores de 8 años usan la mitad de la dosis)
- Tiomerosal (45 microgramos/dosis de 0.5 mL), cloruro de sodio, cloruro de potasio, fosfato disódico dihidrato, fosfato monopotásico y agua para preparación inyectable.

Las recomendaciones de inmunización en primer término deben basarse en los grupos de riesgo de hospitalización con eventuales complicaciones y/o riesgo de muerte, y el personal sanitario por la necesidad de mantener los servicios funcionando y que dicho personal no actúe como un transmisor de la infección:

1. Mujeres embarazadas durante el tercer trimestre del embarazo
2. Personal de salud público y privado dedicado a la atención directa de las personas a nivel hospitalario o extra hospitalario, se incluye personal de laboratorio que procesa las muestras respiratorias.
3. Niños a partir de los 6 meses, adolescentes y adultos con antecedente de enfermedad crónica tipo:
 - ✓ Asma
 - ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 - ✓ Oxígeno dependientes
 - ✓ Cardiopatías congénitas y/o adquiridas
 - ✓ Hipertensión arterial
 - ✓ Obesos mórbidos
 - ✓ Diabéticos
 - ✓ Inmunosuprimidos, cuyo médico tratante indique la inmunización

Dado que el país recibirá inicialmente sólo 200.000 dosis estas se priorizarán en:

- ✓ Personal sanitario de atención directa a las personas
- ✓ Embarazadas en el tercer trimestre del mismo, con o sin otros factores de riesgo
- ✓ Asmáticos, priorizando aquellos con asma de difícil manejo, con antecedente de hospitalización previa en unidad de cuidados intensivos en el último mes o tres consultas en el último mes en emergencias, asmáticos en tratamiento con esteroides de manera constante o bien que tengan complicaciones crónicas por su condición
- ✓ Comorbilidad: ejemplo diabéticos, más asma, o más cardiopatía, o diabéticos más hipertensión o cardiopatías
- ✓ Obesos mórbidos, definido como un peso mayor del 50% del ideal para sexo, edad y talla. O bien un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor de 40.



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

Las vacunas contra la influenza pandémica han sido producidas usando métodos similares a los usados para el desarrollo de las vacunas estacionales, método que lleva décadas aplicándose.

Además de las razones previamente expuestas, la estrategia de vacunación, que es una más dentro del plan de control, mitigación, contención y modulación de la pandemia, se justifica por las siguientes razones de índole sanitarias:

1. Reducción del riesgo individual de enfermedad y muerte ante la infección
2. Efecto rebaño (protección indirecta) para los convivientes de los vacunados.
Reducción del riesgo general
3. Reducción en la circulación del virus pandémico lo cual reduce el riesgo de recombinación con los estacionales y el AH5N1 (alerta nivel 3 vigente)
4. Mantener la funcionalidad de los servicios de atención directa a las personas en los servicios de atención de enfermos.

5. Organización de los servicios de salud

5.1. Valoración inicial y derivación de pacientes

- ✓ Todo paciente que acuda a un servicio de salud, público o privado, y refiera historia compatible con influenza debe ser valorado y clasificado en una zona de valoración dispuesta para tal fin.
- ✓ Se debe disponer de información visible a la entrada del establecimiento que oriente al usuario sobre las acciones a seguir si presenta sintomatología respiratoria, en especial si cumple con la definición establecida para caso de ETI o IRAG.
- ✓ El personal del establecimiento que reciba inicialmente al paciente (secretaria, oficinista, personal de seguridad, etc.) debe estar capacitado e informado de manera tal que tenga la capacidad de **orientar** al paciente de cómo llegar a la zona de valoración establecida, haciendo entrega de una mascarilla quirúrgica al paciente y su acompañante, indicando el uso adecuado del mismo y vigilar la mínima permanencia con el resto de pacientes.
- ✓ La zona de valoración y atención para estos pacientes, debe ser una sección físicamente separada del servicio de emergencias y de las zonas de espera del resto de pacientes, alejada de centros educativos y centros de cuidado. Esta zona de valoración debe cumplir con lo establecido en la norma para la habilitación de establecimientos que brindan atención de pacientes con influenza pandémica en los servicios de salud públicos y privados. Cuando no sea posible disponer de una sección físicamente separada se debe asegurar que el paciente permanezca con mascarilla quirúrgica durante todo el período que se encuentre en el establecimiento de salud.
- ✓ El personal a cargo de la zona de valoración de pacientes sospechosos, debe utilizar el Equipo de Protección Personal (EPP) y las medidas de bioseguridad recomendadas. Considerando, que la disponibilidad del equipo de protección personal es limitado a nivel internacional, nacional e institucional, se reitera la importancia de utilizarlo en aquellos trabajadores de la salud que tienen contacto directo a menos de 1.8 metros de distancia con casos de ETI o IRAG, ya sea en la zona de clasificación de pacientes, zonas de aislamiento o en procedimientos médicos.
- ✓ En cualquiera de los niveles de atención, se debe hacer uso estricto del Protocolo para la clasificación de pacientes (triage) y referir a un hospital **únicamente** aquellos pacientes que cumplan con la definición de IRAG.
- ✓ Al proceso de adaptación de espacios en las unidades médicas se le denomina "**Reconversión Hospitalaria**". Esta estrategia tiene como objetivo bloquear la transmisión del virus de la influenza, concentrando a la población enferma en áreas designadas, dentro de los mismos centros de atención para que de esa forma se les proporcione asistencia, estén bajo observación y no tengan contacto con otros pacientes, procurando reducir la transmisión del virus en el ambiente.



**Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales**

- ✓ Para llevar a cabo esta acción es necesario designar dentro de los mismos centros, áreas donde se pueda implementar el aislamiento de los pacientes. Como no es prudente mezclarlos con pacientes con otros diagnósticos, es necesario definir la utilización de otros espacios no convencionales, asegurándose que cuenten con los servicios y características adecuadas para la hospitalización y manejo de este tipo de pacientes. Para lograr mantener la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud públicos y evitar un eventual colapso, se deberán identificar sitios alternativos para la atención de pacientes, tales como la infraestructura hospitalaria del sector privado.
- ✓ El Ministerio de Salud deberá realizar valoraciones de la organización de los establecimientos de salud. Para ello, la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud elaboró instrumentos basados en los lineamientos nacionales de pandemia que son aplicados por los equipos locales y supervisados por los equipos regionales del Ministerio de Salud. A partir de esa información, se elabora un informe de los resultados consolidados y por establecimiento, con recomendaciones para optimizar la organización y atención de la población en los servicios de salud.

5.2. Uso de equipo de protección

Para la atención directa de un paciente con influenza, el personal de salud debe utilizar las siguientes barreras de protección:

Características del equipo:	Material genérico
Guantes	Látex o elastómeros impermeables herméticos descartables
Bata	Plástico, vinilo o polietileno de alta densidad
Mascara	Quirúrgica repelente de fluidos, textil de poliolefina
Respirador	Anatómico de Polipropileno tamiz N95 o N99 descartable
Gafas	Polímeros transparentes con protección lateral o herméticos
Gorro	Plástico o textil de Poliolefina
Botas	Fibras sintéticas de polietileno de alta densidad o hule polímero.

Si se requiere realizar un procedimiento invasivo o el paciente se tipifica como rojo:

- ✓ Kimono: Fibras sintéticas de polietileno de alta densidad Bioseguridad 3 ó 4 ó
- ✓ Batas de bioseguridad nivel 3 ó 4 con el resto del equipo ó
- ✓ Delantal: Plástico, vinilo o polietileno de alta densidad Bioseguridad 3 ó 4



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

Escenario → Equipo	Personal en área cerrada pero no en contacto con el paciente	Personal en contacto con el paciente a menos de un metro de distancia	Personal que realiza procedimientos directos con el paciente (Aerosol)
Lavado de Manos	Si	Si	Si
Guantes	No	Si	Si
Delantal	No	Si	No
Bata	No	No	Si
<i>Mascarilla</i>	Si	Si	No
Respirador	No	No	Si
Gafas	No	Valorar riesgo	Si
Kimono	No	Valorar riesgo	Si
Gorro	No	Valorar riesgo	Si
Botas	No	Valorar riesgo	Si

El personal debe utilizar barreras de protección para evitar contacto con fluidos corporales o con objetos contaminados, bata no estéril y de preferencia impermeable en procedimientos que puedan generar salpicaduras o derrames.

Se recuerda la importancia de insistir sobre las siguientes medidas dentro del establecimiento de salud:

- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón al entrar y salir del cuarto. Secarse con toalla desechable.
- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón, antes y después del contacto con pacientes
- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón después del contacto con superficies posiblemente contaminantes (hojas de puerta, hojas de referencia, recetas, etc.) y después del uso de guantes.

Otras medidas para protección dentro del establecimiento:

- ✓ Utilizar barreras de protección, para la manipulación, transporte y procesamiento de la ropa usada por el paciente.



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

- ✓ Utilizar las normas para el manejo de desechos biopeligrosos.
- ✓ Limpiar con agua y jabón el área de aislamiento, la sala del quirófano o la de necropsias; posteriormente, utilizar solución de hipoclorito de sodio.
- ✓ Evitar al máximo el traslado del paciente a otras áreas del servicio.
- ✓ Portar una bata de uso exclusivo en el interior del cuarto en el que se aísla al paciente.
- ✓ Evitar visitas y contactos innecesarios.

5.3. Medidas de aislamiento

Dado que la situación actual indica que el cuadro se está comportando como un cuadro gripal similar a influenza estacional y que el virus ya está circulando en forma autóctona, ante todo caso de ETI se deben dar las indicaciones apropiadas, tanto al paciente, como a sus contactos cercanos y familiares, tales como:

1. **Aislamiento y medidas de protección:** La duración del cuadro clínico es de 3 a 7 días. Por ello, el período de aislamiento es un máximo de 7 días a partir de la fecha de inicio de síntomas, o hasta un día después de que el enfermo esté asintomático. El aislamiento en el hogar debe ser en una habitación ventilada y preferiblemente ser atendido por una sola persona. Cuando el caso sale de la habitación a otra área del hogar debe utilizar la mascarilla quirúrgica. No debe compartir utensilios de cocina ni alimentos con otros familiares, ni debe recibir visitas.
2. **Incapacidad o dictamen médico:** Los servicios de salud deben extender la incapacidad o dictamen médico a trabajadores y estudiantes, de acuerdo con el criterio médico a los casos de ETI o IRAG o a su cuidador cuando el caso es un menor de edad, persona adulta mayor o con discapacidad.

5.4. Tratamiento antiviral

El tratamiento con oseltamivir se administrará a:

1. Los casos que por su **condición clínica de severidad, califican como IRAG.** El tratamiento se debe iniciar en el momento y lugar de captación del paciente.
2. Los casos de ETI que pertenecen a un **grupo de alto riesgo de sufrir complicaciones**, tales como:
 - a. Mujeres embarazadas con o sin factores de riesgo asociados.
 - b. Personas de cualquier edad que presentan algunas de las siguientes enfermedades crónicas:
 - ✓ Asma
 - ✓ Enfermedades pulmonares crónicas.
 - ✓ Enfermedades metabólicas en niños y la Diabetes Mellitus descompensada en todos los grupos de edad.
 - ✓ Obesidad mórbida
 - ✓ Insuficiencia cardíaca congestiva clase 2 (NYHA) o cardiopatías congénitas.



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

- ✓ Enfermedades renales, hepáticas o hematológicas con inmunosupresión.
- ✓ Otros pacientes con VIH-sida o inmunosuprimidos por cualquier causa.
- c. Población indígena

2. Las dosis de oseltamivir serán las siguientes:

▶ **Neumonías Severas (incluye embarazadas):**

- ✓ Dosis de carga: 300mg
- ✓ Dosis de Mantenimiento: 150mg c/12h por 10 días

▶ **Neumonías en Paciente Obeso (IMC >29)(incluye embarazadas):**

- ✓ Dosis de carga: 300mg
- ✓ Dosis de Mantenimiento: 150mg c/12 por 10 días

▶ **Neumonías Leves y Moderadas:**

- ✓ Dosis de Mantenimiento: 75mg c/12h por 10 días

▶ **Neumonías en embarazadas no obesas:**

- ✓ Dosis de Mantenimiento: 75mg c/12h por 10 días

▶ **Pacientes sospechosos con factores de riesgo:**

- ✓ 75mg c/12h por 5 días

Clasificación clínica de severidad del cuadro respiratorio del caso sospechoso de Influenza AH1N1

Leve	Moderado	Severo
Estabilidad clínica y hemodinámica. <i>Desaturación leve. (89-90%)</i>	Infiltrados neumónicos claros. <i>Desaturación o persistencia de la misma.</i>	Infiltrados neumónicos claros. <i>Desaturación con deterioro progresivo rápido, con altos requerimientos de oxígeno suplementario.</i>
Infiltrados radiológicos inespecíficos.	Compromiso hemodinámico. (hipotensión)	Compromiso hemodinámico. (síndrome respuesta inflamatoria/shock)
Período de observación intrahospitalaria menor de 48hs. ¹	Descompensación enfermedad crónica. Atención intrahospitalaria mayor 48hs.	Insuficiencia respiratoria aguda Ventilación mecánica asistida

Nota: Los infiltrados radiológicos pueden presentarse de diversa forma: infiltrados intersticiales, infiltrados alveolares bilaterales o involucrando uno o más lóbulos, engrosamiento bronquial, consolidaciones o derrames pleurales.

5.5. Quimioprofilaxis

La profilaxis con antivirales se dará a:

1. Contactos cercanos de casos confirmados de Influenza AH1N1 que pertenecen a un grupo de alto riesgo de sufrir complicaciones como inmunosuprimidos o personas con enfermedades crónicas descompensadas, previo valoración clínica y de acuerdo a criterio médico.
2. Trabajadores de salud que no utilizaron el equipo de protección adecuado o lo utilizaron en forma inapropiada y estuvieron en contacto con un caso confirmado.

El tratamiento profiláctico es por 10 días.

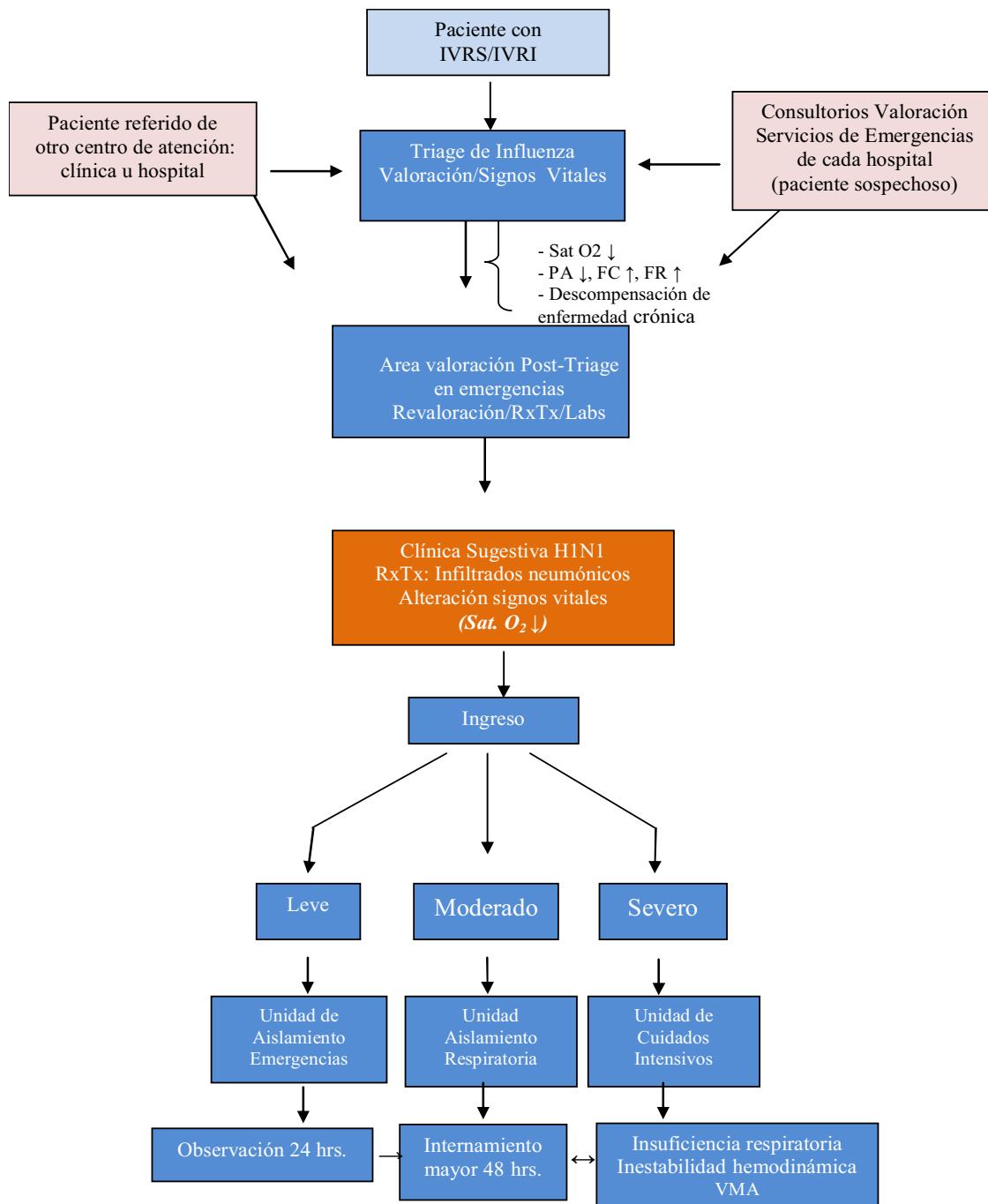
¹ El paciente puede egresarse con estabilidad clínica, hemodinámica y buena saturación para continuar período de aislamiento domiciliar y cumplir tratamiento.



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

5.6. Abordaje de casos severos

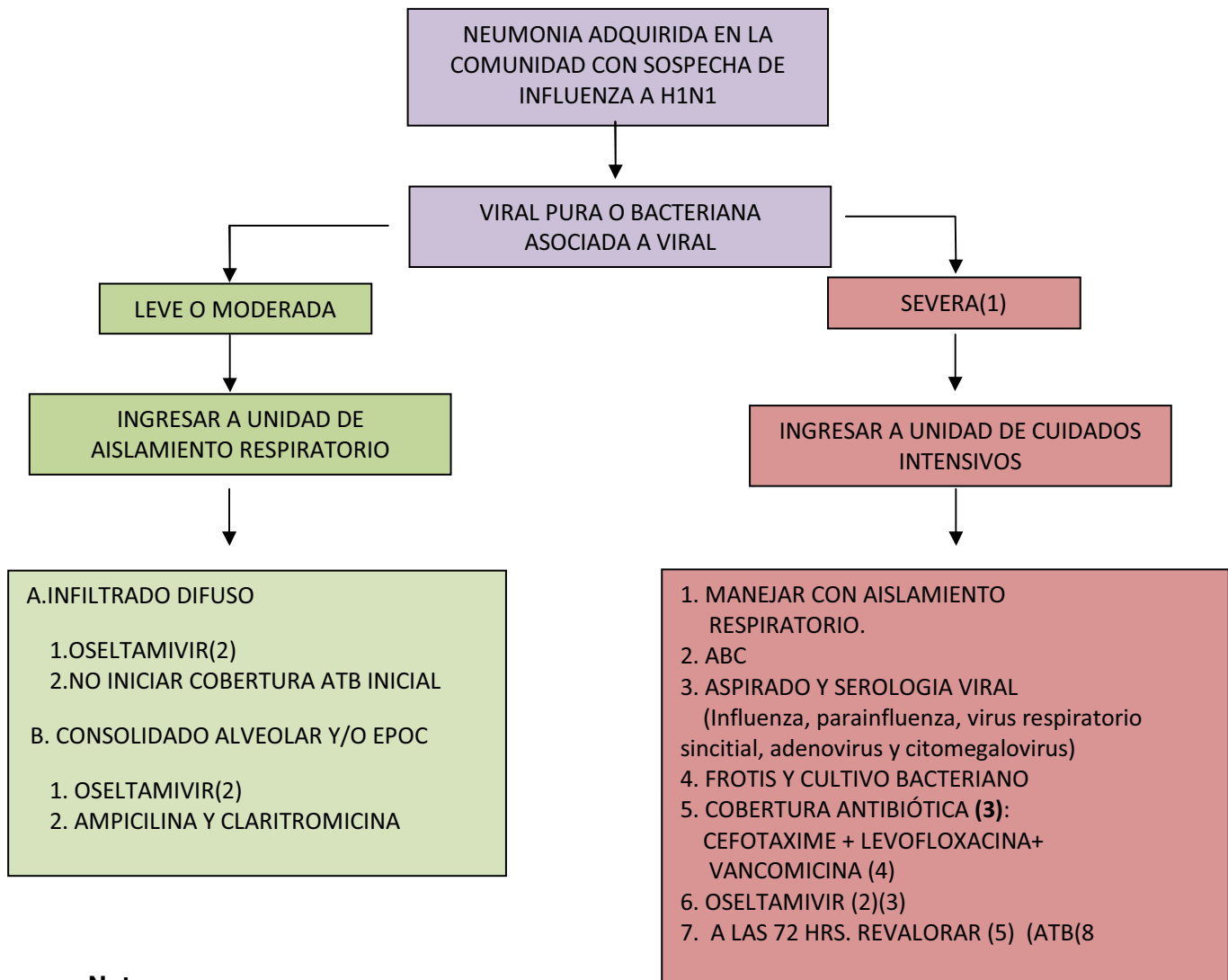
**Abordaje de Paciente Sospechoso de Influenza A H1N1
en los Servicios de Emergencias Nacionales**





Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

Guía de manejo inicial para pacientes adultos con sospecha de Influenza AH1N1



Notas:

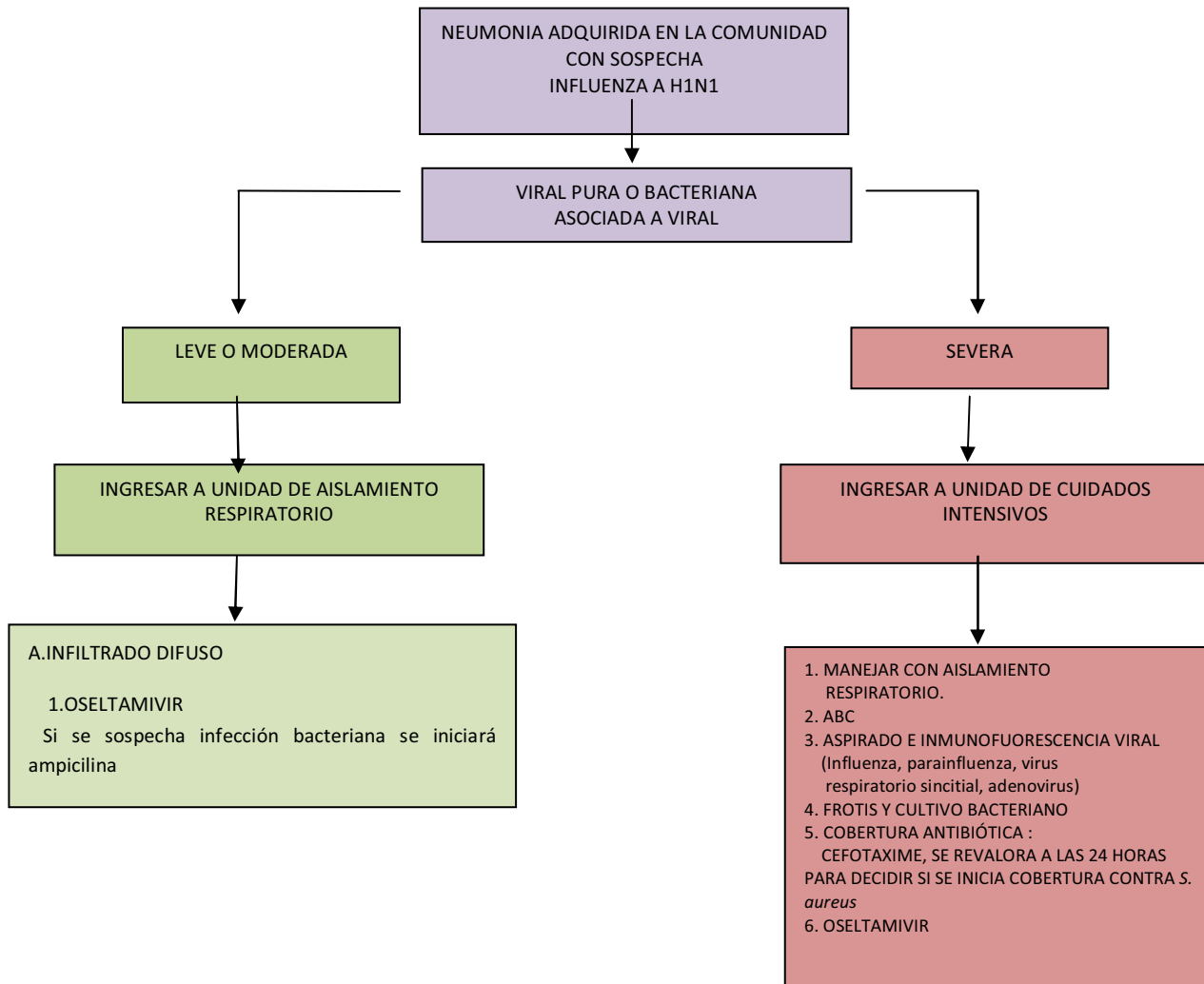
1. No es posible diferenciar clínicamente una viral de una mixta por lo que TODAS se manejarán con cobertura antibiótica.
2. Todo paciente ingresado bajo esta sospecha debe iniciar el antiviral en el sitio donde es captado.
3. Todo paciente ingresado bajo esta sospecha debe iniciar cobertura antibiótica y antiviral en las primeras 6 horas.
4. La Vancomicina se utilizará inicialmente como cobertura contra *S. aureus*. Linezolid en ptes. con aclaramiento de creatinina menor a 50 ml/min. o MRSA documentado por el aspirado bronquial. En caso de MSSA se dará cobertura a Oxacilina.
5. Revalorar a las 72 horas cobertura antibiótica, según evolución clínica, labs., cultivos.



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

5.7. Pacientes pediátricos y neonatos

Guía de manejo inicial para pacientes pediátricos con sospecha de Influenza AH1N1



5.8. Manejo perinatal

Las infecciones humanas con el nuevo virus pandémico AH1N1, fueron identificadas por primera vez en Abril del 2009. La epidemiología y el espectro clínico están bajo estudio, sin embargo el comportamiento es similar que el causado por el virus de influenza estacional. Aunque la gran mayoría de los casos son leves, en algunas personas las infecciones han sido graves e incluso mortales. Aún no hay datos suficientes para determinar que grupos son los de más alto riesgo, sin embargo más de la mitad de los que han requerido hospitalizaciones han tenido enfermedades de fondo o han sido mujeres embarazadas. Evidencias derivadas de las pandemias de 1918-1919 y de 1957-1958, y de las estaciones anuales de influenza sugieren que las embarazadas tienen una elevada morbi-mortalidad por los virus de influenza. De ahí que la prevención y el tratamiento adecuado de la infección por el AH1N1 en la embarazada y su hijo debe ser una prioridad. Las mujeres embarazadas sanas que ameriten hospitalización o atención médica ambulatoria, deben mantenerse separadas de potenciales enfermos con el AH1N1. El tratamiento con antivirales en la mujer embarazada sospechosa, probable o confirmada por AH1N1 se debe iniciar tempranamente. Exámenes de laboratorio confirmatorios, no deben ser esperados para iniciar el tratamiento cuando la sospecha de infección existe. La indicación de la vía de parto (cesárea o vaginal) dependerá de la valoración clínica de las condiciones de la madre, así como de la valoración del riesgo obstétrico y fetal.

El impacto del nuevo virus AH1N1 en el recién nacido es desconocido, sin embargo, según experiencias previas, señalan que los neonatos pueden tener un incremento de enfermedad severa debido a la viremia de la madre, a que el virus es capaz de atravesar la barrera placentaria y a la exposición durante el nacimiento. Por ahora el conocimiento que se ha adquirido durante la presente pandemia, obliga a que todas las guías y lineamientos sean constantemente revisadas para adaptarlas conforme el conocimiento científico se va generando.

Consideraciones generales:

1. Toda mujer embarazada en cualquier momento de atención, debe ser protegida del riesgo de exposición a personas enfermas o potencialmente enfermas.
2. La atención prenatal y del parto deben desarrollarse en sitios donde el riesgo de exposición se minimice.
3. El tratamiento y la profilaxis en la embarazada debe ser dado según los lineamientos previamente establecidos. Se debe iniciar tan pronto como sea posible.
4. Aislar a la madre enferma de las sanas
5. Colocar mascarilla quirúrgica a la madre (si la tolera) durante la labor de parto y el parto. Esto con el fin de reducir la exposición del recién nacido, el personal y otras pacientes.
6. Ubicar a la madre en el post-parto en área de aislamiento.
7. Si la madre tiene enfermedad tipo influenza (ETI), se debe evitar el contacto sin protección estrecho con el neonato



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

- a. El niño debe ser manejado en cuarto separado. Podría ser manejado en alojamiento conjunto con la madre, siempre y cuando ambos se ubiquen en un cuarto separado y a una distancia mínima de 2 metros entre ellos.
- b. La madre (si está en condiciones) puede amamantarlo, pero usando una mascarilla N95 y reforzando el protocolo de tosido y estornudo, lo mismo que el lavado de manos.
- c. Si no tolera la N95, se debe extraer la leche para proporcionársela al recién nacido.
- d. Las medidas de protección deben continuar por al menos 7 días. Si los síntomas persisten por más de 7 días las medidas de protección continúan hasta 24 horas después de que los síntomas desaparezcan.

Consideraciones especiales:

1. Debido a que el riesgo de transmisión del AH1N1 pandémico de la madre al feto es desconocido, el recién nacido debe ser considerado potencialmente infectado si el nacimiento ocurre dos días antes hasta 7 días después que la enfermedad de la madre inicio.
2. Las medidas de control de infecciones deben ser usadas durante toda la estancia hospitalaria del recién nacido.
3. El recién nacido debe ser monitorizado muy de cerca por signos y síntomas de influenza, si desarrolla síntomas, se debe tomar muestra nasal y considerar el inicio de oseltamivir.
4. Aunque el oseltamivir está aprobado para mayores de 12 meses, hay consenso de expertos en usarlo en menores de 12 meses dado el potencial riesgo. En el caso de los neonatos la dosis recomendada es de 12 mgr/BID por 5 días.
5. La profilaxis, con oseltamivir, en menores de 3 meses no es recomendada, sin embargo si la condición es considerada crítica, la misma debe ser indicada.
6. Lactancia materna, debe ser promovida y facilitada en todo momento, si la madre no es capaz de amamantar al neonato por sí misma, la leche se debe extraer y suministrarla al niño, Tratamiento o profilaxis con oseltamivir o zanamivir no es contraindicación para dar leche materna.
7. Tanto el niño como para la madre pueden ser vacunados de acuerdo al esquema oficial de inmunización del país, si el paciente no tiene alguna condición clínica específica que contraindique la vacuna. El uso de antivirales no interfiere con la respuesta inmune o seguridad de la vacuna.
8. Unidades de Neonatos, deben organizar un sitio de la unidad donde se ubiquen a los niños cuyas madres son sospechosas, probables o confirmadas por AH1N1 pandémico, de tal forma que se separen de los hijos de mujeres sin infección. De no contar con un sitio de aislamiento se deben de colocar los niños a una distancia no menor a los 2 mts entre cada incubadora.
9. Las madres sospechosas, probables o confirmadas que sus niños ameriten estar en una Unidad de Cuidados Neonatales, no podrán ingresar a estas unidades hasta por

lo menos 7 días posteriores al inicio del Oseltamivir y que tengan al menos 24 horas sin síntomas. Cuando se les autorice el ingreso deben de hacerlo con mascarilla N 95 y con adecuado lavado de manos.

10. Al egreso de la madre y/o el niño darles siempre instrucciones de cuidado en el hogar.

5.9. Servicios de patología

De acuerdo al conocimiento actual sobre Influenza Pandémica por el virus A H1N1 a continuación se presentan los lineamientos generales para las autopsias y gestión de cadáveres de casos sospechosos o confirmados por Influenza AH1N1

- ✓ La realización de autopsias, puede realizarse si se cumple con las normas usuales de seguridad.

Procedimientos para la autopsia

- ✓ Como medida general, deben seguirse las precauciones estándar; los procedimientos de seguridad para el manejo de restos humanos infectados por el virus de la influenza deben ser acordes con los usados durante cualquier tipo de autopsia.
- ✓ Es necesario utilizar protección respiratoria adicional durante una autopsia que genere aerosoles (por ejemplo, cuando se usen sierras oscilantes). Se recomienda no abrir el tórax con sierra.
- ✓ Es prudente reducir al mínimo el número del personal que participa en el examen post mórtem.
- ✓ Debe usarse el equipo de protección estándar para autopsias, que incluya una bata quirúrgica esterilizada debajo de una bata o delantal impermeable, protección para los ojos (por ejemplo, gafas protectoras, visera protectora), guantes quirúrgicos dobles (se recomienda adquirir guantes con una capa de malla sintética a prueba de cortes), mascarilla quirúrgica o respirador y cubiertas para zapatos.
- ✓ Utilizar protección respiratoria si es probable que se generen aerosoles. Esto incluye respiradores desechables de partículas N-95 o N-100. El personal que realiza autopsias que no pueda usar un respirador desechable de partículas debido a vello facial o a otras limitaciones para la colocación del aparato debe usar un protector de asistencia personal respiratoria (PAPR) de ajuste flojo (por ejemplo, unido a un casco o a una capucha).
- ✓ Debe de quitarse el equipo de protección personal antes de salir del cuarto de autopsias y desecharlo siguiendo las normas y procedimientos del establecimiento.
- ✓ El embalsamamiento de los cuerpos, puede realizarse en establecimientos hospitalarios autorizados y como procedimiento previo a la realización de la autopsia, por técnicos de disección supervisados o por médicos patólogos como lo establece la Ley General de Salud, Artículo 80.



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

- ✓ La cremación de cadáveres por ley se puede hacer siempre y cuando se realice la autopsia, tal y como lo establece las leyes y reglamentos al respecto. Artículo 5 de reglamento de cremación de cadáveres y restos humanos, Decreto N° 17286-S
- ✓ La velación de los cuerpos, puede realizarse siempre y cuando se cumpla con uno de los siguientes ítems:
 - El cuerpo haya sido autopsiado.
 - Tenga más de diez días de haber iniciado los síntomas.
 - Se le haya proporcionado medicamentos antivirales por al menos tres días.
 - El médico certifique que no tiene ninguna otra enfermedad infectocontagiosa, que ponga en peligro la salud pública.
 - Si se realiza un embalsamamiento de cualquier paciente con influenza este debe ser hecho en establecimientos autorizados y por profesionales médicos patólogos.

Lineamientos para la gestión de cadáveres en los servicios hospitalarios:

- ✓ Utilizar equipo de protección personal básico, durante la preparación y traslado del cadáver.
- ✓ Ocluir los orificios nasales, bucales y los anales para aquellos casos en que los pacientes presentaron compromiso gastrointestinal.

Si no se cumple con ninguno de los 5 ítems indicados en el apartado anterior con respecto a la velación del cuerpo, se debe:

- ✓ Introducir el cuerpo en una bolsa plástica, resistente.
- ✓ Cerrar la bolsa herméticamente.
- ✓ Trasladar el cadáver inmediatamente a la morgue o a la sala de entrega de cadáveres a familiares o personas autorizadas para su retiro.
- ✓ Si el traslado del cadáver debe hacerse a un Servicio de Patología localizado en otro centro hospitalario o a la Medicatura Forense del Organismo de Investigación Judicial (OIJ), deberá realizarse utilizando un vehículo destinado exclusivamente para ese fin, y
- ✓ las personas que viajen en el vehículo (chofer, personal de salud y/o familiares) deberán utilizar equipo de protección personal.

Limpiar y desinfectar, inmediatamente:

- ✓ La habitación o área en la que permaneció el paciente, incluyendo: pisos, paredes, puertas, cielo raso, lavatorio, servicio sanitario, perillas de ducha, perillas puertas, muebles y equipo.
- ✓ La camilla y –si procede- el vehículo utilizado para el traslado del cadáver.

Realizar la limpieza y desinfección en apego a las siguientes indicaciones:

- ✓ Desechar en bolsas plásticas rojas y/o recipientes todo el equipo de protección personal utilizado en la atención y traslado del cadáver.
- ✓ Lavarse las manos con abundante agua y jabón, o utilizar una solución de alcohol, antes de iniciar el proceso de limpieza y desinfección.
- ✓ Utilizar equipo de protección personal (guantes, mascarilla y botas).



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

- ✓ Utilizar una solución de cloro o desinfectante común
- ✓ Desinfectar la ropa de cama, pijamas, paños y otros textiles utilizados por el paciente, sumergiéndolos completamente en una solución de cloro (6 cucharadas soperas por cada
 - ✓ 10 litros de agua), durante un mínimo de 20 minutos.
 - ✓ Sumergir completamente los trozos de tela utilizados en el proceso de limpieza y desinfección, en una solución de cloro durante 20 minutos y desecharlos.
 - ✓ Depositar el equipo de protección personal y cualquier otro material descartable utilizado en el proceso de limpieza y desinfección, en bolsas rojas y/o en recipientes para depósito de materia biopeligrosa, debidamente etiquetados.
- ✓ Disponer sanitariamente las aguas residuales.

Lineamientos para las personas responsables de la entrega de cadáveres a familiares o personas autorizadas para su retiro:

Si no se cumple con ninguno de los 5 ítems indicados previamente:

- a) Utilizar equipo de protección personal:
 - ✓ Guantes de látex
 - ✓ Mascarilla quirúrgica
 - ✓ Gafas protectoras
 - ✓ Usar el equipo de protección básico. En lo posible usar un delantal impermeable delante de la bata.
 - ✓ Gorro (de ser posible desechable)
 - ✓ Botas (de ser posible desechable)
- b) Introducir el cadáver, sin sacarlo de la bolsa, en la caja mortuoria o ataúd,
- c) Sellar la caja mortuoria.
- d) Entregar el cadáver e informar a la (as) persona (s) que lo retira (n) que la causa de muerte puede o está relacionada con el virus de la Influenza Pandémica A H1N1.
- e) La caja mortuoria debe permanecer sellada hasta que el cadáver sea sepultado o cremado.

5.10. Monitoreo y supervisión

El director o responsable del establecimiento de salud debe garantizar el cumplimiento de los siguientes lineamientos:

- ✓ Conformar y fortalecer el comité interno para la atención de la Influenza Pandémica.
- ✓ Preparar o activar un plan de contingencia ante el aumento posible de la demanda de los servicios debido a la Influenza Pandémica.
- ✓ Informarse diariamente sobre el estado de la situación de la epidemia en Costa Rica consultando la información oficial disponible en la página web de Ministerio de Salud www.ministeriodesalud.go.cr
- ✓ Garantizar que se divulgue la información a todo el personal del establecimiento de salud, a los (as) usuarios (as) del servicio y a sus acompañantes. Realizar acciones



Pandemia de Influenza A H1N1 Actualización de Lineamientos Nacionales

informativas y educativas con todos los grupos de interés² del establecimiento de salud, tendientes a la incorporación de prácticas saludables.

- ✓ Reunir periódicamente al personal para dar seguimiento e informar a todos (as) sobre el estado de la situación de la pandemia de influenza.
- ✓ Comunicar al personal a su cargo:
- ✓ Las medidas de protección personal que deben seguir.
- ✓ Las medidas de orientación y educación que deben brindar a los enfermos, familiares y población general en los cinco escenarios de atención³.
- ✓ Mensajes, sustentados en la información oficial que divulgue el Ministerio de Salud, adaptados al perfil de cada grupo de interés, para comunicar el avance de la pandemia por influenza.
- ✓ A los (as) funcionarios del servicio de salud que presenten síntomas de “gripe” o “resfrío” que no se presenten a laborar hasta que se recuperen o que si presentan signos de alarma, acudan a consulta en un servicio de salud.

- ✓ Verificar que el personal del establecimiento, cumpla con las responsabilidades asignadas y valorar el desempeño del grupo de trabajo (señales de agotamiento)

En el establecimiento se debe velar porque se cumpla con los siguientes lineamientos:

- ✓ Limpieza frecuente de las superficies que puedan contaminarse con secreciones respiratorias.
- ✓ Desinfección, al menos dos veces al día, todas las perillas de las puertas, manillas de los lavatorios, inodoros e instrumentos y equipos de trabajo (incluyendo equipo de oficina como teléfonos, teclados, *mouse*, materiales didácticos y cualquier superficie con la que se tenga contacto permanente).
- ✓ Se mantenga los lugares de trabajo bien ventilados.

Extremar las medidas de lavado de manos:

- ✓ Antes y después de atender a un paciente.
- ✓ Después de tocar objetos como: teléfonos, celulares, uso de computadoras, hojas de puerta, entre otras.
- ✓ Después de volver de la calle.
- ✓ Después de toser o estornudar.
- ✓ Colocar en lugares visibles del establecimiento los afiches: “*Cómo lavarse las manos con agua y jabón*” y “*Forma correcta de toser y estornudar*”

² Grupos de interés:

- Funcionarios (as) o empleados (as) del servicio de salud (técnicos y administrativos)
- Usuarios (as) del servicio de salud
- Acompañantes de los (as) usuarios del servicio de salud

³ Escolar, familiar, comunitario, laboral y centros de salud

6. Comunicación e información

Una sociedad bien comunicada e informada es esencial para hacerle frente de manera efectiva a la Influenza Pandémica. La institución que se encarga de oficializar los datos con respecto a la Influenza Pandémica es el Ministerio de Salud.

Se consideran tres escenarios diferentes de comunicación:

Comunicación a la población general

1. Los comunicados oficiales serán emitidos por el Ministerio de Salud.
2. La frecuencia en la emisión de estos comunicados dependerá de la evolución de la Pandemia.
3. Se convocará a conferencia de prensa cuando se considere necesario.
4. Todos los comunicados oficiales estarán disponibles en la página Web oficial del Ministerio de Salud de manera oportuna.
5. El Ministro o la Ministra de Salud es por excelencia el/la vocero(a) oficial. Podrá delegar la vocería oficial según su criterio.
6. Los voceros deberán cumplir con ciertas características: dominio del tema, facilidad de expresión, y que genere confianza y empatía en el público a quien se dirige.
7. Toda persona, institución, empresa o similar que desee evacuar dudas generales con respecto a la pandemia, deberá comunicarse en primera instancia con el Área Rectora de Salud del Ministerio de Salud.
8. Si existen dudas más específicas, deberán dirigirse a la institución correspondiente. Por ejemplo, dudas sobre síntomas, el centro de salud más cercano, dudas en cuanto a continuidad de clases en los centros educativos, Direcciones Regionales del Ministerio de Educación, transporte de pacientes al 911, Cruz Roja o Caja Costarricense de Seguro Social, entre otros.
9. En el momento que se considere, se habilitarán números especiales de teléfono para evacuar dudas, los cuales se estarán dando a conocer oportunamente.
10. Los medios de comunicación masiva deberán colaborar con la difusión de información oficial, de manera oportuna, para que la población tenga acceso pronto a la misma.
11. Las estrategias de comunicación que se utilicen dependerá de los públicos meta que se quieran alcanzar y de acuerdo a la evolución de la situación con la Pandemia de Influenza.
12. Los lineamientos oficiales para públicos específicos están disponibles en la Página Web del Ministerio de Salud.

Comunicación intrainstitucional

1. Los jefes de cada institución deberán fomentar que existan canales propicios, permanentes y accesibles para que la información sea conocida oportunamente por los funcionarios de la institución que representa.
2. Los comunicados oficiales institucionales deben darse a conocer a todos los funcionarios, y se hará por los canales pertinentes de acuerdo a los medios institucionales disponibles.
3. Cada jefe será el vocero oficial dentro de su institución, y podrá delegar la vocería según su criterio.
4. Cada institución deberá disponer de canales de comunicación que permitan aclarar oportunamente dudas o interrogantes relacionadas con el tema.
5. Cada funcionario deberá interesarse por estar actualizado sobre la evolución de la Pandemia y para ello deberá utilizar los canales oficiales establecidos.
6. Los jefes y directores de cada institución deberán velar porque la información relevante sea conocida con continuidad y oportunidad por todos los funcionarios en los diferentes niveles de gestión.

Comunicación interinstitucional

1. La voz oficial de los lineamientos y directrices es el Ministerio de Salud.
2. Debe existir una comunicación fluida y expedita entre las diferentes instituciones involucradas. Para esto se deberá coordinar previamente lo siguiente:
 - a. Canales de información a utilizar.
 - b. Tipo de información que se comunicará.
 - c. Periodicidad de la información.
 - d. Responsables de emitir y recibir la información.
3. Se deben aprovechar los espacios de coordinación y cooperación interinstitucional ya creados para seguir trabajando sinérgicamente.
4. El grupo técnico asesor de comunicación interinstitucional estará constituido por el Ministerio de Salud quien lo coordinará, el Ministerio de Educación Pública, la Caja Costarricense de Seguro Social, la Cruz Roja, SENASA, INCIENSA, con la asesoría de la OPS y participación eventual de representantes de otras instituciones del sector público y del sector privado.
5. Este grupo tendrá como funciones:
 - a. Coordinar y elaborar las estrategias de comunicación requeridas.
 - b. Supervisar que la información llegue adecuadamente a los públicos meta.
 - c. Evaluación de la efectividad de las estrategias de comunicación desarrolladas.
 - d. Capacitar sobre conceptos básicos de Influenza Pandémica y de la evolución de las medidas que se deben aplicar, a los comunicadores que cubren el tema de salud.
 - e. Capacitar a los voceros o potenciales voceros institucionales.



Pandemia de Influenza A H1N1
Actualización de Lineamientos Nacionales

7. Anexos

Anexo 7.1 Boleta de Notificación Individual de Vigilancia Epidemiológica

Ministerio de Salud Caja Costarricense Seguro Social		V.E-01
Boleta de Notificación Individual de Vigilancia Epidemiológica		
M E D I C O	Numero Expediente: _____ Nombre paciente: _____ Fecha inicio síntomas: Día ___ Mes ___ Año: _____ Diagnóstico: _____ Causa probable: _____ Fecha diagnóstico: Día _____ Mes ___ Año: ___	CODIGOS
	Sexo: Masculino 1 ___ Femenino 2 ___ Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año: _____ Edad: Año: _____ Mes _____ Día _____ Nombre del encargado (en caso de ser menor de 18 años): _____ _____ Residencia Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____ Otras señas: _____ Teléfono: _____ Lugar de trabajo: _____ Establecimiento que informa: _____ Nombre del que informa: _____	

8. Referencias

- ¹ Decreto Ejecutivo No. 35217- MP – S. Presidencia de la República. San José, Costa Rica. La Gaceta N° 82, 29 de abril de 2009.
- ² Ministerio de Salud. Lineamientos oficiales para la prevención y atención efectiva de la Influenza pandémica H1N1 en Costa Rica. Disponibles en <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/inicio-alerta-emergencia-sanitaria-ms/inicio-alerta-lineamientos-oficales-ms>
- ³ Madrigal J. Conocimientos y hábitos para enfrentar la influenza AH1N1 en Costa Rica. Encuesta de Confianza del Consumidor. Universidad de Costa Rica, Mayo y Agosto de 2009. Disponibles en www.estadistica.ucr.ac.cr
- ⁴ Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. Boletines de Vigilancia Epidemiológica de la Pandemia de Influenza AH1N1 N° 1 a 62. Disponibles en <http://www.ministeriodesalud.go.cr/inicio/boletines2009>
- ⁵ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Swine-origin influenza A(H1N1) virus infections in a school—New York City, April 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009;58(17):470-472.
- ⁶ Boëlle PY, Bernillon P, Desenclos JC. A preliminary estimation of the reproduction ratio for new influenza A(H1N1) from the outbreak in Mexico, March-April 2009. *Eurosurveillance*, Volume 14, Issue 19, 14 May 2009.
- ⁷ Arguedas A, Soley C. Responses to 2009 H1N1 Vaccine in Children 3 to 17 Years of Age. Published on line December 31, 2009. *N Engl J Med* doi:10.1056/nejmc0909988.
- ⁸ WHO. Pandemic H1N1 2009. Update 81 -30 diciembre de 2009. Disponible en http://www.who.int/csr/don/2009_12_30/en/index.html
- ⁹ Reed C, Angulo FJ, Swerdlow DL, Lipsitch M, Meltzer MI, Jernigan D, et al. Estimates of the prevalence of pandemic (H1N1) 2009, United States, April–July 2009. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 2009 Dec; [Epub ahead of print]
- ¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention. CDC Estimates of 2009 H1N1 Influenza Cases, Hospitalizations and Deaths in the United States, April – November 14, 2009. Disponible en http://www.cdc.gov/h1n1flu/estimates_2009_h1n1.htm
- ¹¹ The ANZIC Influenza Investigators Critical Care Services and 2009 H1N1 Influenza in Australia and New Zealand. *N Engl J Med* 2009;361:1925-34.
- ¹² Jamieson D, Honein M, Rasmussen S et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *The Lancet* 2009;374(9688):451-458.
- ¹³ Jain S, Kamimoto L, Bramley AM et al. Hospitalized Patients with 2009 H1N1 Influenza in the United States, April–June 2009. *N Engl J Med* 2009;361.
- ¹⁴ Centers for Disease Control and Prevention. Estimates of 2009 H1N1 influenza cases, hospitalizations and deaths in the United States, April–October 17, 2009. http://www.cdc.gov/h1n1flu/estimates_2009_h1n1.htm

¹⁵ Centers for Disease Control and Prevention. 2009 H1N1 Flu: International Situation Update 28 diciembre 2009. Disponible en <http://www.cdc.gov/h1n1flu/updates/international>

¹⁶ WHO. Comparing deaths from pandemic and seasonal influenza. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 20. Disponible en http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091222/en/