



Resolución Ministerial

Lima, 15 de Mayo del 2009

Visto el Expediente N° 09-038624-001, que contiene el Informe N° 007-2009-DSBS-DSES-DSS-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas y el Informe N° 458-2009-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el literal a) del artículo 24° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que la Dirección General de Salud de las Personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral de la salud de la persona, categorización y acreditación de los servicios de salud y la gestión sanitaria;

Que, el literal c) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, señala que la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental, cuya función general es diseñar, normar, evaluar y mejorar continuamente el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el sector, para la asignación y logro de los objetivos funcionales correspondientes;

Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Salud de las Personas remite para su aprobación el proyecto de Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Influenza por virus A H1N1", la cual ha sido elaborada con participación de diferentes representantes de instituciones públicas y privadas y cuyo documento representa un instrumento que facilita la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento adecuado y oportuno de los casos de la influenza A H1N1 que acuden en búsqueda de atención en los establecimientos de salud de nuestro país;

Que, el objetivo del proyecto normativo es establecer las pautas que guíe la atención, diagnóstico y tratamiento de los casos de influenza por virus A H1N1, en los establecimientos de salud del país, y disminuyan el riesgo de contagio en los contactos en particular y en la población en general;



M. Arde R.



CRUZ S.



V. Rojas M.



D. León Ch.

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Influenza por virus A H1N1", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Servicios de Salud, se encargará de la implementación, difusión, monitoreo y revisión periódica de la citada Guía Técnica.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces en el nivel regional, a través de las Direcciones Ejecutivas de Salud de las Personas correspondientes, son responsables de la implementación, difusión, supervisión y aplicación de la referida Guía Técnica, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- La presente Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Influenza por virus A H1N1", constituye el documento técnico de referencia nacional para los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

Artículo 5°.- La Oficina General de Comunicaciones dispondrá la publicación de la presente Resolución Ministerial y la Guía Técnica en el Portal de Internet del Ministerio de Salud, en la dirección: <http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

M. Arce R.

OSCAR RAUL UGARTE UBILLA
Ministro de Salud

V. Rojas M.

D. León Ch.

GUÍA TÉCNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1

I. FINALIDAD

La finalidad de la presente Guía de Práctica Clínica es contribuir a la adecuada atención, tratamiento y control de casos influenza por virus A H1N1, en el país, y evitar su propagación en la población.

II. OBJETIVO

Establecer las pautas que guíen la atención, diagnóstico y tratamiento de los casos de influenza por virus A(H1N1), en los establecimientos de salud del país, y disminuyan el riesgo de contagio en los contactos en particular y en la población en general.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de aplicación en todos los establecimientos de salud públicos, privados o mixtos del ámbito nacional.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : Influenza A H1N1
Código CIE 10 : J - 10

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definición de la patología

Enfermedad infecciosa aguda, causada por el nuevo virus de Influenza A H1N1, que se transmite de humano a humano a través del contacto directo o indirecto con personas infectadas o sus secreciones respiratorias y que tiene una gran variabilidad clínica, desde casos asintomáticos hasta graves y fatales.

5.2. Etiología

Esta enfermedad es causada por el virus de la Influenza de tipo A sub tipo H1N1. Estos virus, pertenecientes a la familia Orthomyxoviridae al igual que los virus de tipo B y C, son partículas pleomórficas de apariencia esférica con una envoltura lipoproteica. Por debajo de la envoltura se encuentra una capa constituida por la proteína matriz (M1), que es el soporte estructural de la partícula. En el interior, existe un conjunto de ribonucleoproteínas (vRNPs) que constituyen el genoma del virus.

En la superficie del virus, se encuentran dos glicoproteínas, la hemaglutinina (HA) y la neuraminidasa (NA), cuya estructura determina los subtipos serológicos que podemos definir entre los virus gripales tipo A. Así, existen 16 subtipos diferentes de HA (H1-H16) y 9 de NA (N1-N9).

5.3. Fisiopatología

El virus de la influenza tipo A posee una alta patogenicidad debido a su capacidad de mutar en forma rápida y de incorporar en su estructura genes de virus que infectan a otras especies animales. La pandemia actual probablemente deriva de la recombinación de virus provenientes de animales (porcino, avas) y del humano.



A la fecha, se desconoce con precisión como surge, pero si una especie es infectada simultáneamente por el virus de la Influenza humana y el virus de la Influenza porcina, existe la posibilidad que se produzca un intercambio genético que tiene como resultado un nuevo sub tipo viral. Por tanto, si la cepa H1N1 de la Influenza porcina se combina con una cepa de la Influenza humana dentro de un mismo huésped, puede ocurrir una mutación que origine una nueva cepa capaz de replicarse y transmitirse entre humanos, con una mayor facilidad de transmisión y letalidad que la influenza común. Estos fenómenos de variación genética han podido producirse con mayor facilidad en los cerdos, ya que estos animales son susceptibles de sufrir la infección por virus humanos y aviares en forma simultánea. Las personas que trabajan con cerdos pueden jugar un rol importante como "mezcladores" de cepas de virus de influenza, que lleven a la recombinación genética y al desarrollo de una nueva progenie con potencial pandémico.

Todos estos cambios podrían explicar la aparición de ciclos caracterizados por pandemias esporádicas, seguidos de períodos de endemia y epidemia, que suceden cuando la población que fue afectada inicialmente desarrolla nuevos anticuerpos contra el virus y se inmuniza.

5.4. Aspectos epidemiológicos

De lo ocurrido a lo largo de la historia, se ha observado que las pandemias de Influenza tienden a producirse entre tres y cuatro veces cada siglo, como resultado de la aparición de un nuevo subtipo viral que se transmite entre humanos. En el siglo XX, a la gran pandemia de Influenza de 1918-1919, que causó la muerte de aproximadamente 50 millones de personas en todo el mundo, siguieron las pandemias de 1957-1958 y 1968-1969.

Desde el 18 de Marzo del 2009, el Gobierno de México comienza a reportar los primeros casos de una enfermedad semejante a la influenza humana ocasionados por el virus de Influenza A H1N1. El día 21 de Abril el Centro para el Control de Enfermedades de los EE.UU. (CDC) reporta igualmente la presencia de 7 casos humanos confirmados de Influenza A H1N1 en los EE.UU. (5 en California y 2 en Texas). Para el 25 del mismo mes, la Directora General de la OMS realiza una declaración manifestando que la situación actual constituye una emergencia sanitaria de importancia internacional, aceptándose el comienzo de la actual pandemia de influenza humana A H1N1.

La Organización Mundial de la Salud, en base a criterios acordados, ha establecido las fases de una pandemia que señalan las medidas de respuesta que los países deben adoptar ante una Potencial Pandemia de Influenza. Al 29 de abril del 2009, el mundo se encuentra en la fase 5 de la Alerta Pandémica, ya que se han detectado casos de transmisión humano - humano en varios países del lado norte del continente Americano como México, EE.UU. y Canadá. (Ver anexo N° 01)

5.5. Transmisión

La enfermedad se transmite por contacto directo, entre los contactos cercanos, incluyendo al personal de salud y familiares.

Se define contacto cercano aquel que ha cuidado, convivido, o tenido contacto directo con secreciones respiratorias o secreciones de un caso sospechoso, probable o confirmado de influenza A (H1N1)

Los mecanismos de transmisión son:

- Inhalación de gotitas infecciosas o núcleos de gotitas.
- Contacto directo con personas enfermas.
- Contacto indirecto con secreciones respiratorias y autoinoculación en el tracto respiratorio alto o mucosa conjuntival.



5.6. Factores de riesgo asociados

5.6.1. Medio Ambiente

De haber transmisión activa del virus de Influenza A H1N1 en la comunidad, el riesgo será menor si se permanece mayor tiempo en casa, lo que resulta una medida importante para personas de edad avanzada o inmunosuprimidas. La transmisión no guarda relación con la época del año. Sin embargo para influenza estacional ésta es más frecuente en los meses de invierno.

5.6.2. Estilos de Vida

Los siguientes factores de riesgo deben causar sospecha de virus de influenza A H1N1:

- Contacto cercano con casos confirmados de influenza A H1N1 mientras el caso estuvo enfermo.
- Viaje reciente a áreas donde se han confirmado casos de influenza A H1N1.

5.6.3. Grupos de Alto Riesgo:

Una persona de alto riesgo de complicaciones para la infección por el nuevo virus de influenza A H1N1 está definida por los mismos criterios que para la influenza estacional.

- Niños menores de 5 años. El riesgo de complicaciones severas es más alto en niños menores de 2 años.
- Adultos de 60 años a más.
- Personas con las siguientes condiciones:
 - Enfermedades pulmonares crónicas (incluyendo el asma), cardiovasculares (excepto hipertensión), renales, hepáticas, hematológicas (incluyendo enfermedad de sickle cell), neurológicas, neuromusculares o metabólicas (incluyendo diabetes mellitus).
 - Inmunosupresión, incluyendo las ocasionadas por medicamentos o por HIV.
 - Mujeres embarazadas.
 - Personas menores de 19 años de edad quienes reciben terapia prolongada con ácido acetil salicílico.
 - Residentes de casas de reposo u otros servicios de cuidados crónicos.



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. Cuadro Clínico

6.1.1. Grupos de signos y síntomas relacionados con la patología

Las manifestaciones de la Influenza A H1N1, presentada en México (casos severos) y EE.UU. (casos leves) son similares a la influenza humana estacional, con enfermedad respiratoria aguda, incluyendo los siguientes signos y síntomas:

- Fiebre
- Tos seca (ocasionalmente con esputo)
- Dolor de garganta
- Dolores musculares
- Cefalea
- Disnea
- Rinorrea
- Escalofríos
- Diarrea y vómito (ocasional)

Las muertes producidas en México han sido por Neumonía y Falla respiratoria. No está claro si estas han sido por efecto mismo del virus o consiguiente proliferación bacteriana.

6.1.2. Interacción cronológica y características asociadas

Periodo de Incubación, infecciosidad

De los casos presentados hasta el momento en México y EE.UU se deduce que el periodo de incubación usualmente es de 2-7 días, promedio 5 días, siendo el periodo de infecciosidad desde 1 día antes hasta 7 días después del inicio de los síntomas de dicho caso.

Evolución

La duración de la enfermedad es de 4-6 días en los casos leves. En algunos después de 4-16 días, empieza una fase con afectación de vía respiratoria baja con aparición de disnea, que quizá, vaya acompañada de taquipnea y estertores inspiratorios. La producción de esputo es variable con rasgos sanguinolentos en algunos casos. La mayoría de pacientes graves presentan un cuadro de neumonía clínica evidente.

La progresión a falla respiratoria y Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) tiene un tiempo medio de inicio de 6 días (rango de 4-13). La diarrea acuosa sin sangre o cambios inflamatorios parecen ser más comunes que en la Influenza estacional, y pueden preceder a las manifestaciones respiratorias por más de una semana.

En un porcentaje de casos, la enfermedad respiratoria es catalogada como Neumonía o Neumonía muy grave como para requerir intubación y ventilación mecánica. La letalidad, entre las personas con enfermedad grave varía del 2 al 8% dependiendo del tratamiento indicado (casos de EE.UU. y México, respectivamente).



CRUZ S.

Tabla 01. Características y síntomas de los 642 pacientes con influenza A H1N1 Confirmada (USA – 15 de abril al 05 de mayo del 2009).	
Características	Valor
Sexo masculino – N°/N° Total (%)	302/592 (51)
Edad	
Mediana (años)	20
Rango	3 meses a 81 años
Grupo Etéreo – N°/N° Total (%)	
0 – 23 meses	14/532 (3)
2 – 4 años	27/532 (5)
5 – 9 años	65/532 (12)
10 – 18 años	212/532 (40)
19 – 50 años	187/532 (35)
> 51 años	27/532 (5)
Estudiantes en brote escolar – N°/N° Total (%)	104/642 (16)
Historia reciente de viaje a México* – N°/N° Total (%)	68/381 (18)
Síntomas Clínicos – N°/N° Total (%)	
Fiebre	371/394 (94)
Tos	365/397 (92)
Dolor de Garganta	242/367 (66)
Diarrea	82/323 (25)
Vómitos	74/295 (25)
Hospitalización – N°/N° Total (%)	
Total	36/399 (9)
Con infiltrado en la radiografía de tórax	11/22 (50)
Admitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos	8/22 (36)
Tienen insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica	4/22 (18)
Tratado con oseltamivir	14/19 (74)
Recuperación completa	18/22 (82)
Vacunados contra la influenza estacional durante el 2008 – 2009	3/19 (16)
Fallecidos	2/36 (6)

*Una historia de reciente viaje a México fue definida como aquella hecha no más de 7 días antes del inicio de la enfermedad.

6.2. Diagnóstico

6.2.1. Definiciones de Caso

Las definiciones de caso pueden variar de acuerdo al desarrollo de la epidemia, por lo tanto deberá de consultar la definición actual en www.dgc.gob.pe.

1. Caso sospechoso

Se considera a quien cumpla alguna de las siguientes condiciones:

- Persona con **fiebre mayor de 38 °C** acompañada de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:
 - Tos
 - Dolor de garganta
 - Rinorrea
- Que además:
 - Estuvo en los 7 días previos al inicio de su enfermedad en una zona con casos confirmados de infección por virus de influenza A H1N1, o
 - Tuvo contacto cercano con un caso confirmado de infección con virus de influenza A H1N1.

2. Caso probable

- Un caso sospechoso con resultado de prueba de Influenza positiva para influenza A, pero no subtipificado por los reactivos comúnmente utilizados para detectar la infección por el virus de la influenza estacional, o
- Persona que murió a causa de una infección respiratoria aguda inexplicada y con nexo epidemiológico con un caso probable o un caso confirmado.

3. Caso confirmado

- Persona con una prueba de laboratorio confirmatoria de infección con virus de influenza A H1N1 en un laboratorio de referencia nacional, por una o más de las siguientes pruebas:
 - RT-PCR en tiempo real. (Reacción de la Cadena de Polimerasa en Transcripción Reversa).
 - Cultivo viral.

4. Caso descartado

Todo caso sospechoso o caso probable que luego de la investigación epidemiológica y de laboratorio tiene resultados negativos a la presencia de virus Influenza AH1N1.

Nota Importante.-

Establecida la posibilidad de un caso sospechoso de Influenza A H1N1 deberá realizarse la notificación inmediata a la instancia epidemiológica correspondiente del establecimiento de salud (ver anexos N° 02, 04, y 08).

6.2.2. Criterios de diagnóstico:

- **Epidemiológico:** Toda persona con enfermedad respiratoria aguda leve o grave, de países o territorios en los cuales se ha detectado el virus de la Influenza A H1N1.
- **Clínico:** Cuadro general o respiratorio agudo y grave, caracterizado generalmente por: fiebre alta acompañado de tos, dolor de garganta o rinorrea. Ver 6.1.1. y 6.1.2.
- **Radiológico:** Presentación de infiltrados o consolidación lobar o segmentaria con broncograma aéreo.
- **Viroológico:** La confirmación laboratorial de la Influenza A H1N1 requiere al menos uno de los siguientes:



GUÍA TÉCNICA:

"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

- a) Un análisis de RT PCR en tiempo real de la Influenza A (H1N1) positivo.
- b) Un cultivo viral positivo.

Nota Importante.-

Para el diagnóstico virológico se deberán tomar muestras de hisopado nasal y faríngeo (ver anexos N° 03 y 05) adoptando las medidas de bioseguridad adecuadas.

6.2.3. Diagnóstico diferencial

Para el diagnóstico diferencial pueden considerarse las siguientes entidades clínicas:

- Influenza estacional
- Neumonía bacteriana
- Neumonía viral (por otros agentes)
- Bronquitis aguda
- Bronquiolitis
- Resfriado común
- Crisis asmática

6.3. Exámenes Auxiliares

6.3.1. De Patología Clínica



TABLA 02 Exámenes para el diagnóstico de laboratorio de la infección por el virus de la Influenza A (H1N1) realizados por el Instituto Nacional de Salud del Perú (INS).

Prueba	Tiempo para la obtención de resultados	Interpretación	Observaciones
Detección de antígeno (Inmunofluorescencia)	48-72 horas	Se identifica los siguientes virus respiratorios: Influenza A y B, adenovirus, parainfluenza 1, 2 y 3, virus sincicial respiratorio	Requiere microscopio de fluorescencia y pericia en la lectura. Disponible también en Laboratorios Regionales
Molecular (RT – PCR tiempo real)	48-72 horas	Subtipificación del virus Influenza: A/H1, A/H2, A/H3, A/H5, B	Requiere pericia y equipos de alto costo.
Cultivo (aislamiento y tipificación viral)	14 días	Subtipificación del virus influenza por inhibición de la hemaglutinación (kit reactivo WHO)	Prueba Gold Standard. Requiere pericia. Permite la obtención de cepas para estudios y vacuna

* El diagnóstico específico para Influenza A H1 N1, es mediante RT-PCR en tiempo real y cultivo viral.

6.3.2. De imágenes

Los siguientes cambios radiográficos, suelen estar presentes siete días después del inicio de la fiebre (rango de 3 a 17 días).

- Infiltrados difusos, multifocales o desiguales
- Infiltrado intersticial
- Consolidación lobar o segmentaria con broncograma aéreo

6.3.3. De Exámenes Auxiliares Complementarios

- **Hemograma:** leucopenia (linfopenia), y trombocitopenia leve a moderada.
- **Bioquímica:** Puede encontrarse hiperglicemia, creatinina elevada y elevación de la aminotransferasa.

Pueden ser necesarios además otros exámenes en función del estado clínico del paciente y del criterio médico.

6.4. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

6.4.1. Medidas Generales y Preventivas para el control de la transmisión del virus de la Influenza A (H1N1)

6.4.1.1. Educación a pacientes con enfermedad respiratoria

Los establecimientos de salud deberán instruir a las personas que se encuentran en ellos, con especial énfasis a aquellas con síntomas respiratorios, sobre la aplicación del **Protocolo de Higiene Respiratoria**

- Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar usando toallitas de papel, las cuales deben ser descartadas directamente hacia un tacho.
- De no contar con pañuelos, cubrirse la nariz y la boca con el brazo o la parte interna de la flexura del codo.
- Efectuar la higiene de las manos con agua y jabón después de estar en contacto con secreciones respiratorias (ver anexo N° 11). Indicar a estos pacientes que se sienten al menos a 1 metro de distancia de otras personas.

6.4.1.2. Precauciones de aislamiento para casos sospechosos, probables o confirmados de influenza A (H1N1)

Además de las **precauciones estándar** (ver anexo N° 06), se recomiendan las siguientes medidas, que son una adaptación de las **precauciones de aislamiento basadas en el mecanismo de transmisión** (aéreo, de gotas y de contacto).

Ubicación del paciente

Manejo de los casos LEVES con aislamiento respiratorio en el DOMICILIO (ver anexo N° 09).

- Mantener a la persona enferma, utilizando una mascarilla quirúrgica de forma permanente, lejos de otras personas tanto como sea posible (2 metros de distancia al menos).
- Recordar a la persona enferma utilizar pañuelos descartables al toser o estornudar y lavarse las manos con agua y jabón o alcohol (al menos de 60%) frecuentemente.
- Aconsejar a todos los contactos domiciliarios lavarse las manos con agua y jabón o alcohol frecuentemente.
- Mantener a la persona enferma en un cuarto con puerta cerrada permanentemente, pero ventanas abiertas y separado de las áreas comunes, con baño exclusivo, si fuera posible, el cual deberá ser desinfectado constantemente.
- A menos que sea para cuidados médicos, el enfermo no deberá abandonar la casa cuando tenga fiebre o durante el periodo de infecciosidad (7 días después del inicio de los síntomas en adultos y 10 días en niños).
- Si el enfermo necesita abandonar el domicilio deberá cubrir su nariz y boca con una mascarilla quirúrgica.
- Permanecer el menor número de personas en la misma casa, si es posible, solo un adulto no gestante para la atención del enfermo.
- Mantener una buena ventilación del domicilio, de ser posible tener las ventanas abiertas en salas, cocinas, baños y otros.
- Preguntar al personal de salud si es que alguno de los integrantes de la familia necesita profilaxis con antivirales.
- Monitorear al paciente domiciliario y los miembros de la familia vía telefónica.



Manejo de los pacientes con necesidad de internamiento HOSPITALARIO

- Colocar al paciente en una habitación con presión negativa, en caso de disponer de ella.
- Si no se dispone de una habitación con presión negativa, colocar al paciente en una habitación individual. Asegurar que el número de cambios de aire por hora sea como mínimo 12.
- Si no se dispone de habitación individual, ubicar a la cohorte de casos sospechosos en una habitación múltiple separada de la cohorte de casos confirmados. Asegurar que el número de cambios de aire por hora sea como mínimo 12.
- La distancia entre las camas debe ser mayor a 1 metro y de preferencia una barrera física (biombo o división)
- La puerta de la habitación debe permanecer cerrada.
- La habitación tendrá servicios sanitarios de uso exclusivo en el interior.
- Limitar el ingreso de personas a lo estrictamente necesario.
- El personal de salud que atiende estos pacientes no alternará su labor en otras áreas del hospital.

Equipo de Protección Personal (EPP)

Además de cumplir con la higiene de manos, el personal de salud que atiende los casos sospechosos, probables o confirmados de Influenza A H1N1 usará el EPP:

- **Respirador N95.**
- Si no se dispone de suficiente número de respiradores N95, usar mascarillas quirúrgicas y reservar los respiradores N95 para procedimientos generadores de aerosoles (Intubación endotraqueal, nebulizaciones, broncoscopias, fisioterapia torácica, aspiración nasofaríngea, ventilación mecánica invasiva o no invasiva, entre otros).
- **Guantes** limpios para todo contacto directo o indirecto con estos pacientes.
- **Mandilón** impermeable de manga larga.
- **Gorro.**
- **Protector ocular** (lentes o escudos faciales) en caso de contacto cercano (menor de 1 metro) con estos pacientes y para procedimientos generadores de aerosoles. Estos procedimientos (generadores de aerosoles) serán realizados solamente:
 - En casos absolutamente necesarios.
 - Con el personal mínimo necesario.
 - En habitación con presión negativa, si se dispone de ella.

El procedimiento para la colocación y retiro del EPP, así como otras consideraciones importantes se encuentran detallados en los *anexos N° 06, 10 y 12.*

Medidas adicionales para el Personal de Salud

Personal de Salud que mantiene un contacto cercano con los casos sospechosos, probables o confirmados, hospitalizados o en consulta externa, adicional al EPP, y necesidad de quimioprofilaxis (6.4.1.3), deberá estar bajo vigilancia de síntomas a través del llenado Ficha de Check list y control médico periódico.

6.4.1.3. Profilaxis antiviral

Puede considerarse la quimioprofilaxis, bien sea con oseltamivir o zanamivir por diez días (Ver Tabla No 3), en las siguientes circunstancias:



F. CRUZ S.

GUÍA TÉCNICA:
"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

- ✓ Persona que está cuidando a un paciente caso confirmado o el personal de salud que lo asista directamente.

Nuevas recomendaciones podrán emitirse más adelante.

Un representante autorizado por el Comité de Control de Infecciones local o similar responsable de la epidemia, será quien autorice la dispensación del medicamento.

TABLA 03. Dosis recomendadas de inhibidores de neuraminidasa para QUIMIOPROFILAXIS.

		Oseltamivir	Zanamivir
Grupo		Quimioprofilaxis	
Adultos		75 mg cada 24 horas x 10 d	En mayores de 5 años administrar 2 inhalaciones de 5 mg (total de 10 mg) cada 24 horas x 10 días
Niños mayores de 1 año	Menos de 15 Kg	30 mg cada 24 horas x 10 d	
	De 15 a 23 Kg	45 mg cada 24 horas x 10 d	
	De 23 a 40 Kg	60 mg cada 24 horas x 10 d	
	Más de 40 Kg	75 mg cada 24 horas x 10 d	
Niños menores de 1 año	< 3 meses	No recomendada a menos que la situación se juzgue crítica	
	3 a 5 meses	20 mg cada 24 horas x 10 d	
	6 a 11 meses	25 mg cada 24 horas x 10 d	

LA DURACIÓN RECOMENDADA PARA LA QUIMIOPROFILAXIS CON OSELTAMIVIR Y ZANAMIVIR ES DE 10 DÍAS.



TABLA 04. Dosis recomendadas de inhibidores de neuraminidasa para quimioprofilaxis en adultos con Insuficiencia Renal

Aclaramiento de Creatinina	Dosis recomendadas Oseltamivir	Dosis recomendadas Zanamivir
> 30 (ml/min)	75 mg cada 24 horas	No se requiere ajuste de dosis
> 10 a ≤ 30 (ml/min.)	75 mg cada 48 horas	
≤ 10 (ml/min.)	No recomendado	
Pacientes con diálisis	No recomendado	

6.4.2. Terapéutica

El tratamiento en los casos leves es mayormente sintomático y consiste de reposo en cama, aumento en el consumo de líquidos, antitusígenos si fuera necesario, y antipiréticos y analgésicos (paracetamol y AINES) para la fiebre y mialgias. No debe emplearse ácido acetil salicílico.

Entre el 44 a 50% de los pacientes hospitalizados con Influenza A H1N1 en México han requerido soporte ventilatorio en un lapso de 48 horas después de la admisión debido a insuficiencia respiratoria, así como cuidados intensivos por falla multiorgánica y a veces hipotensión.

6.4.2.1. Tratamiento antiviral

El tratamiento se recomienda para:

- ✓ Caso sospechoso o Caso confirmado

GUÍA TÉCNICA:
"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

A la fecha Amantadina y Rimantadina muestran resistencia in vitro. El inicio del tratamiento deberá ser dentro de las primeras 48 horas para asegurar el máximo de beneficio. Sin embargo, la experiencia en el tratamiento de la influenza estacional ha mostrado beneficios aun después de este tiempo sobre todo en casos graves hospitalizados. El tratamiento presenta los siguientes beneficios: disminuye la intensidad de la enfermedad y acorta su duración previniendo complicaciones.

Tratamiento en menores de un año: El uso de oseltamivir no está autorizado para niños menores de un año; sin embargo, los datos limitados hasta el momento respecto a su seguridad sugieren que los eventos adversos severos son raros.

Debido a que los infantes experimentan altas tasas de morbi-mortalidad por influenza, los infantes con infecciones por los nuevos virus de influenza H1N1 podrían beneficiarse del tratamiento con oseltamivir.

Tratamiento en gestantes: Se conoce que las gestantes tienen un muy alto riesgo de complicaciones cuando adquieren la infección con virus de influenza. El oseltamivir y el zanamivir son considerados como medicamentos "Categoría C" para el embarazo, lo que indica que no hay estudios clínicos que midan la seguridad de estos medicamentos en mujeres embarazadas. Aunque se han reportado algunos efectos adversos en gestantes tomando dicha medicación, no se ha establecido una relación entre dichos efectos y la ingesta del medicamento. El embarazo no debería ser considerado una contraindicación para el uso del oseltamivir o el zanamivir.

Por su actividad sistémica, se prefiere el uso del oseltamivir para el tratamiento de las gestantes.

La droga de elección para la quimioprofilaxis es menos clara. El zanamivir puede ser preferible debido a su limitada absorción sistémica; sin embargo, es necesario tomar en consideración las complicaciones respiratorias que pueden estar asociadas al zanamivir debido a su ruta de administración inhalatoria, especialmente en mujeres en riesgo por problemas respiratorios.



TABLA 05. Dosis recomendadas de inhibidores de neuroaminidasa para tratamiento.

Oseltamivir			Zanamivir
Grupo	Tratamiento		
Adultos	75 mg cada 12 horas x 5 d		En mayores de 7 años administrar 2 inhalaciones de 5 mg (total de 10 mg) cada 12 horas x 5 días
Niños mayores de 1 año	Menos de 15 Kg	30 mg cada 12 horas x 5 d	
	De 15 a 23 Kg	45 mg cada 12 horas x 5 d	
	De 23 a 40 Kg	60 mg cada 12 horas x 5 d	
	Más de 40 Kg	75 mg cada 12 horas x 5 d	
Niños menores de 1 año	< 3 meses	12 mg cada 12 horas x 5 d	
	3 a 5 meses	20 mg cada 12 horas x 5 d	
	6 a 11 meses	25 mg cada 12 horas x 5 d	

La duración recomendada para el tratamiento con Oseltamivir y Zanamivir es de 5 días.

Nota: Recomendaciones para la conservación de los inhibidores de neuraminidasa:
Oseltamivir: Tanto en cápsula como en polvo para reconstituir conservar a temperatura de 25° C (rango entre 15°C a 30°C). La suspensión reconstituida debe conservarse entre 2°C a 8°C. **Zanamivir:** Conservar a temperatura de 25° C (rango entre 15°C a 30°C)

TABLA 06. Dosis recomendadas de inhibidores de neuraminidasa para tratamiento en adultos con Insuficiencia Renal

Aclaramiento de Creatinina	Dosis recomendadas Osetamivir	Dosis recomendadas Zanamivir
> 30 (ml/min.)	75 mg cada 12 horas	No se requiere ajuste de dosis
> 10 a ≤ 30 (ml/min.)	75 mg cada 24 horas	
≤ 10 (ml/min.)	No recomendado	
Pacientes con diálisis	No recomendado	

6.4.2.2. Tratamiento antibiótico empírico

El tratamiento empírico con antibióticos esta indicado en todos los pacientes con sospecha de Influenza A H1N1 con compromiso pulmonar, como si se tratara de una neumonía adquirida en la comunidad, hasta su confirmación. Se recomienda:

- en adultos: Ceftriaxona 1g IV cada 12 horas por 7 a 10 días, y
- en niños: Ceftriaxona 50 - 100 mg/Kg/d IV cada 12 horas por 7 a 10 días.
- De disponer de estudio microbiológico, prescribir de acuerdo a germen y perfil de sensibilidad antimicrobiana.

6.4.2.3. Manejo de la Insuficiencia Respiratoria Aguda

1. Criterios diagnósticos

- Disnea.
- Taquipnea (frecuencia respiratoria mayor de 32 por minuto).
- Uso de músculos accesorios.
- Cianosis.
- PaO₂ menor de 60 mmHg (0.21 en AGA).
- Gradiente alveolo-arterial de O₂ incrementada.
- Infiltrado pulmonar progresivo.

2. Tratamiento

- Administración de O₂ con cánula binasal (CBN) 5 lt/minuto.
- Si no mejora clínicamente o la saturación de O₂ permanece por debajo de 90% o la PaO₂ es menor de 60 mmHg, colocar máscara más reservorio 15 lt/min y plantear la posibilidad de **Ventilación Mecánica**.

3. Evaluación de severidad

- Si mejora la oxigenación con CBN 5 lt/min, el trastorno fisiopatológico es una alteración de la relación Ventilación / Perfusión (V/Q).
- Si no mejora con CBN 5 lt/min, existe hipoxemia refractaria, que requiere máscara con reservorio 15 lt/min. En este caso, el trastorno fisiopatológico es la presencia de shunt intrapulmonar con extenso compromiso pulmonar que impide la oxigenación.
- El paciente debe ser transferido en la brevedad posible a un establecimiento de salud que cuente con Unidad de Cuidados Intensivos equipado con ventilación mecánica.

4. Uso de ventilación mecánica:

- **Indicaciones de ventilación mecánica**
 - Signos clínicos de hipoxemia refractaria.
 - Frecuencia respiratoria mayor de 35 por minuto.
 - Gradiente alveolo-arterial de O₂ mayor de 400.



GUÍA TÉCNICA:

"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

- PaO₂ / FiO₂ (Fracción inspiratoria de oxígeno) menor de 300: Injuria Pulmonar Aguda.
 - PaO₂ / FiO₂ menor de 200: SDRA.
 - Shock severo.
 - Infiltrado pulmonar bilateral intersticial o alveolar extenso.
- **Objetivos de la ventilación mecánica:** Mantener:
 - PaO₂ mayor de 70 mmHg (saturación 90%).
 - PaCO₂ igual a 40 mmHg o ligera hipercapnea.
 - Volumen de aire corriente (VT) entre 5-8 ml/kg.
 - Frecuencia respiratoria entre 12-15 respiraciones/minuto.
 - Presión positiva al final de la espiración (PEEP) entre 10 hasta 20 cm H₂O según severidad de hipoxemia.
 - Fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) menor de 0.50 (50%).

6.4.3. Efectos Adversos o Colaterales del Tratamiento y su Manejo

Los establecimientos de salud públicos y privados remitirán las notificaciones de sospecha de reacciones adversas a medicamentos detectadas por los profesionales de salud a sus respectivas Direcciones de Salud o Direcciones Regionales de Salud según corresponda (Flujograma de reporte, Anexo N° 13), utilizando el formato de Notificación de Sospecha de Reacción Adversa Medicamentosa (RAM) aprobado (Anexo N° 14).

• **Efectos Adversos del Oseltamivir**

El oseltamivir tiene pocos efectos adversos cuando se administra para tratamiento o profilaxis. Los efectos secundarios transitorios más frecuentes son las náuseas, vómitos, dolor abdominal y dolor, que se producen en el 5 a 10% de los pacientes. La mayoría se producen sólo una vez, cerca del inicio de la terapia y se resuelven espontáneamente dentro de uno a dos días.

El Oseltamivir debe ser suspendido (y se debe dar tratamiento para la alergia) si hay síntomas de reacción alérgica de piel; asimismo los pacientes que reciben este medicamento deben ser monitorizados cercanamente por la aparición de conductas anormales (especialmente en pacientes pediátricos).

El consumo de alimentos no interfiere con la absorción del oseltamivir y puede reducir las náuseas y los vómitos. El perfil de seguridad entre las personas de edad avanzada es similar a la de las personas menores de 65 años.

• **Efectos Adversos del Zanamivir**

En general el zanamivir en bien tolerado. Sin embargo, se ha reportado en algunos pacientes tos, broncoespasmo y disminución reversible de la capacidad pulmonar. Por ese motivo, se recomienda que los pacientes con problemas de función respiratoria cuenten con un broncodilatador de acción rápida y suspendan el zanamivir si se desarrollan la dificultad respiratoria.

Tabla N° 07: Porcentaje de pacientes con efectos adversos serios o menores asociados con la administración de inhibidores de neuraminidasa

Droga y Uso	Efectos Adversos
<p>Tratamiento con Oseltamivir</p>	<p>Serios o que ponen en riesgo la vida: Agravación de la diabetes, arritmia, confusión, hepatitis, colitis pseudomembranosa, pirexia, rash, trastornos neuropsiquiátricos, convulsiones, edema de rostro y lengua, necrólisis epidérmica tóxica, angina inestable (<1%).</p> <p>Menores: Sistema Nervioso Central: insomnio (adultos, 1%), vértigo (1%). Sistema Gastrointestinal: náusea (10%), vómito (9%).</p>
<p>Tratamiento con zanamivir</p>	<p>Serios o que ponen en riesgo la vida: Reacciones alérgicas o quasi-alérgicas, arritmia, broncoespasmo, disnea, edema facial, rash, convulsiones, síncope, urticaria (<1,5%)</p> <p>Menores:</p>



GUÍA TÉCNICA:
"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

Tabla N° 07: Porcentaje de pacientes con efectos adversos serios o menores asociados con la administración de inhibidores de neuraminidasa	
Droga y Uso	Efectos Adversos
	Sistema Nervioso Central: Cefalea (2%), discinesia (2%). Sistema Gastrointestinal: Náusea (3%), diarrea (adultos: 3%; niños 2%), vómitos (adultos 1%, niños 2%). Sistema Respiratorio: Sinusitis (3%), bronquitis (2%), tos (2%), otros signos y síntomas nasales (2%), infecciones (oído, nariz y garganta: adultos 2%, niños 5%).
Profilaxis con Oseltamivir	Similares a los reportados durante el tratamiento, pero generalmente con menor incidencia. Las más comunes con el uso profiláctico son: cefalea (20%), fatiga (8%), tos (6%), diarrea (3%).

6.4.4. Signos de Alarma

ADULTOS

- Dificultad para respirar o dolor en el pecho
- Cianosis
- Vómito o diarrea persistentes
- Signos de deshidratación
- Trastorno del estado de conciencia
- Deterioro agudo de la función cardíaca
- Agravamiento de una enfermedad crónica

NIÑOS

- Fiebre alta y dificultad para respirar
- Cianosis
- Aumento de la frecuencia respiratoria:
 - Entre 2 y 11 meses : más de 50 respiraciones por minuto.
 - Entre 1 y 5 años : más de 40 respiraciones por minuto.
- Rechazo a la vía oral
- Signos de deshidratación (Ejm: llanto sin lágrimas).
- Irritabilidad y/o convulsiones
- Trastorno del estado de conciencia

6.4.5. Criterios de Alta

Criterios para el Alta de la Unidad de Cuidados Intensivos

- Toleró extubación por 48 horas.
- Respiración espontánea por 48 horas.
- Hemodinámicamente estable.

6.4.6. Pronóstico

Hasta el momento la tasa de letalidad en los casos confirmados no ha sido mayor del 10% (experiencia mexicana), siendo mayormente afectados los adolescentes y adultos jóvenes (20 a 40 años).

La muerte ocurrió en promedio de 9 a 10 días después del inicio de la enfermedad (rango de 1 a 18), y la mayoría de los pacientes murieron a causa de falla respiratoria progresiva.

6.4.7. Manejo de casos según niveles de atención:

Los establecimientos de salud deberán desarrollar las siguientes acciones de acuerdo a su nivel de complejidad:

6.4.7.1. Establecimientos del primer nivel

- Vigilancia epidemiológica.
- Medidas para el control de la transmisión del virus (Ver Anexo N° 06).
- Diagnóstico epidemiológico.



CRUZ S

GUÍA TÉCNICA:
"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

- Diagnóstico clínico (establecimientos de nivel I - 2, I - 3 y I - 4).
- Tratamiento inicial de casos: Si el paciente presenta un cuadro no grave y no presenta riesgo de complicaciones (Aislamiento domiciliario, medidas de prevención general, orientación a la familia sobre signos de alarma y sobre medidas para el cuidado del enfermo) (Ver Anexo N° 09).
- Si el paciente está grave o presenta riesgo de complicaciones: Referencia inmediata al nivel II - 2.

6.4.7.2. Establecimientos del segundo nivel: nivel II - 1

- Vigilancia epidemiológica.
- Medidas para el control de la transmisión del virus (Ver Anexo N° 06).
- Diagnóstico epidemiológico.
- Diagnóstico clínico.
- Tratamiento inicial de casos: Si el paciente presenta un cuadro no grave y no presenta riesgo de complicaciones (Aislamiento domiciliario, medidas de prevención general, orientación a la familia sobre signos de alarma y sobre medidas para el cuidado del enfermo) (Ver Anexo N° 09).
- Si el paciente está grave o presenta riesgo de complicaciones: Referencia inmediata al nivel II - 2.

6.4.7.3. Establecimientos del segundo nivel: nivel II - 2 (con Unidad de Cuidados Intensivos)

- Vigilancia epidemiológica.
- Medidas para el control de la transmisión del virus (Ver Anexo N° 06).
- Diagnóstico epidemiológico, clínico, radiológico y laboratorio (en coordinación con la Red de Laboratorios).
- Tratamiento de casos severos y sus complicaciones.
- Referencia al tercer nivel de atención en caso de no contar con ventilación mecánica y/o tratamiento de soporte especializado (hemodiálisis y otros).

6.4.7.4. Establecimientos del tercer nivel de atención:

- Vigilancia epidemiológica.
- Medidas para el control de la transmisión del virus (Ver Anexo N° 06).
- Diagnóstico epidemiológico, clínico, radiológico y laboratorio (en coordinación con la Red de Laboratorios).
- Tratamiento de casos severos y sus complicaciones.

6.5. Complicaciones

Puede incluir lo siguiente:

- (a) Manejo del shock (ver anexo N° 07)
- (b) Manejo de la insuficiencia renal aguda
- (c) Manejo de los trastornos hematológicos
- (d) Manejo de infecciones agregadas

6.6. Criterios de Referencia y Contrarreferencia

El tiempo promedio para la progresión de la enfermedad hacia un cuadro respiratorio severo es de 6 días (rango de 4 a 13). En estos pacientes es común la falla multiorgánica con disfunción renal y el compromiso cardíaco. Por tanto, ante la sospecha de infección por virus de la Influenza A H1N1 debe realizarse rápidamente la referencia de los pacientes a los establecimientos de los niveles II - 2 y III para su tratamiento, en tanto la capacidad de la oferta de estos servicios de salud así lo permita.



T. CRUZ S.

GUÍA TÉCNICA:

"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

Los cuidados de soporte con provisión de suplemento de oxígeno y ventilación asistida son fundamentales para el manejo y deben ser proporcionados en los servicios de salud, de acuerdo a su nivel y competencia.

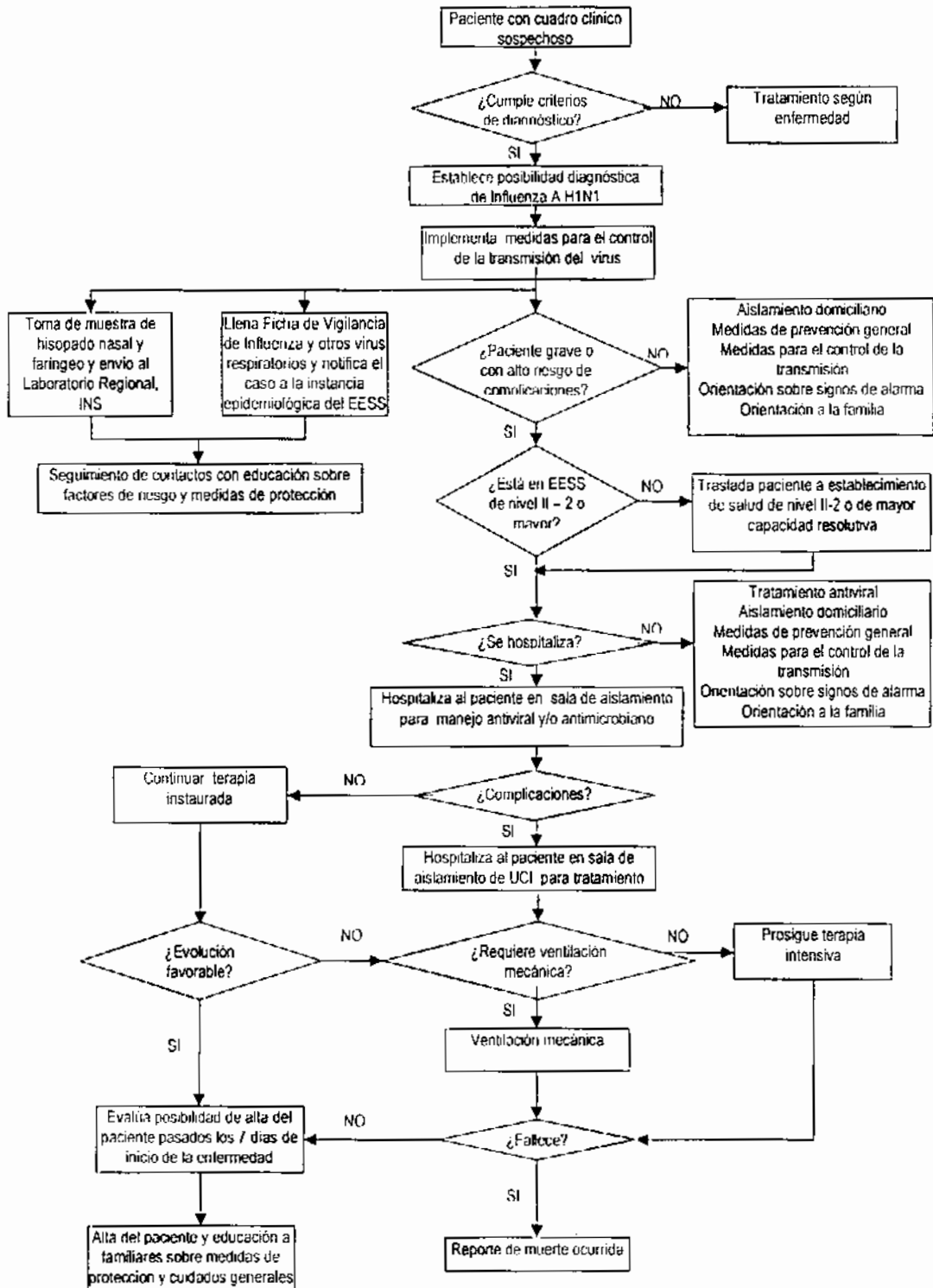
Antes, durante y después de la referencia de un caso sospechoso de infección por virus de Influenza, deberán observarse estrictamente, además de las precauciones estándar, las medidas para el control de la transmisión del virus, tanto por el personal de salud como por todas aquellas personas que intervengan en las acciones de traslado del paciente (choferes, camilleros, vigilantes, etc.).

Hospitales conjuntamente con los EESS públicos, público – privado de su jurisdicción, deberán establecer los flujos de referencia y contrarreferencia más apropiados, de acuerdo a esta guía y a su nivel de complejidad local.



GUÍA TÉCNICA:
 "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

6.7. Flujograma para la atención de casos de Influenza A H1N1.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante Potencial Pandemia de Influenza. Perú. 2005
2. http://www.who.int/csr/don/2009_04_25/es/index.html. [Consulta: 25 de abril 2009].
3. http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html. [Consulta: 24 de abril 2009].
4. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5816.pdf>. [Consulta: 13 de mayo 2009].
5. <http://www.cdc.gov/swineflu/identifyingpatients.htm> [Consulta: 13 de mayo 2009].
6. Interim Guidance on Case Definitions to be Used For Investigations os Swine Influenza A (H1N1) Cases. Disponible en http://www.cdc.gov/swineflu/casedef_swineflu.htm. [Consulta: 12 de mayo 2009].
7. Interim WHO guidance for the surveillance of human infection with swine influenza A(H1N1) virus. Disponible en <http://www.cdc.gov/swineflu/screening.htm>. [Consulta: 12 de mayo 2009].
8. Acciones para contener la transmisión de influenza A H1N1 de origen porcino en el país. Actualizado al 29 de Abril 2009. Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.
9. Update: Drug Susceptibility of Swine-Origin Influenza A (H1N1) Viruses, April 2009. *MMWR Dispatch* Vol. 58 / April 28, 2009.
10. Swine Influenza A (H1N1) Virus. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1673658-overview>. [Consulta: 10 de mayo 2009].
11. Interim Guidance on Specimen Collection and Processing for Patients with Suspected Swine Influenza A (H1N1) Virus Infection. Disponible en: <http://www.cdc.gov/swineflu/specimencollection.htm>. [Consulta: 13 de mayo 2009].
12. Antiviral Drugs and Swine Influenza. Disponible en: http://www.cdc.gov/swineflu/antiviral_swine.htm. [Consulta: 13 de mayo 2009].
13. Update: Infections With a Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus — United States and Other Countries, April 28, 2009. *MMRR* May 1, 2009 Vol. 58 No. 16.
14. Outbreak of Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Infection — Mexico, March–April 2009. *MMWR Dispatch* Vol. 58 / April 30, 2009
15. Red de Entrenamiento Nacional de Laboratorios de los EE.UU. Influenza 2005: El Rol del Laboratorio en la Preparación y Respuesta Pandémica. EE.UU. Diciembre 2005.
16. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades – Gente – Segura – Saludable. Protocolo para la Higiene Respiratoria y el Manejo de la Tos en Instalaciones Médicas. Departamento de Salud y Servicios Humanos. EE.UU. Diciembre 2003.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Recommendations for Infection Control in Health – Care Facilities caring for Patients with Known or Suspected. Informe actualizado al 21 Mayo 2004. Se consigue en: <http://www.cdc.gov/flu/avian/professional/infect-control.htm> [Consulta: 15 de febrero 2006].
18. Centers for Disease Control and Prevention. Directrices provisionales sobre la influenza porcina tipo A (H1N1) (gripe porcina): Cuidados de una persona enferma en el hogar. Informe actualizado al 1 Mayo 2009. Se consigue en: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/espanol/persona-enferma.htm> [Consulta: 12 de mayo 2009].
19. Organización Mundial de la Salud. Guías para el Uso de Vacunas y Antivíricos en las Pandemias de Influenza. Departamento de Vigilancia y Respuesta ante Enfermedades Transmisibles. 2004
20. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Insuficiencia Respiratoria Aguda del Adulto. Perú 2005.
21. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Shock en Adultos. Perú 2005.
22. Organización Mundial de la Salud. Reunión de Consulta sobre los Preparativos para una Pandemia de Influenza en Países con Recursos Limitados. Suiza. Junio 2004.
23. Organización Mundial de la Salud. Vacunas Contra la Influenza. Boletín Epidemiológico Semanal. Suiza. Agosto 2005. N° 33, 80, 279-287.



GUÍA TÉCNICA:

"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

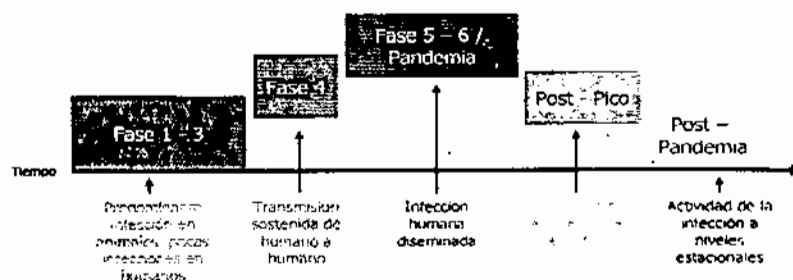
24. Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial de la OMS de Preparación para una Pandemia de Influenza. Función y Recomendaciones de la OMS para las medidas nacionales antes y durante las pandemias. Suiza: 2005.
25. Secretaría de Salud de México. Acciones para contener la transmisión de influenza A H1N1 (antes influenza de origen porcino). 04 de mayo 2009. Disponible en Internet: http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/influenza/acciones_basicas_influenza_SS_20090504.pdf. [Consulta: 10 de mayo 2009].
26. Moscona, A. Review Article: Neuraminidase Inhibitors for Influenza. NEJM 2005; 353: 1363-73.
27. Organización Panamericana de la Salud. Casos de influenza por un nuevo subtipo: Actualización regional (29 de abril de 2009, 13:00 hrs. Tiempo de WDC). Alertas Epidemiológicas, Vol 06 N° 15. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/swineflu_cases_2009_4_es.pdf. [Consulta: 11 de mayo 2009].
28. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance on Antiviral Recommendations for Patients with Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection and Their Close Contacts. May 6, 2009 11:00 PM ET.
29. Novel Swine – Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Original Article: Emergence of a Novel Swine – Origin Influenza A (H1N1) Virus in Humans. NEJM 2009; 361: 1-10.
30. Osores-Plenge, F; Cabezas-Sánchez, C; Gonzáles-Benavides, J; Maguiña, C. Influenzas humana y aviar: amenaza de una pandemia humana. Acta Med Per 23 (1) 2006, 35 - 47.
31. Food and Drug Administration. Center for Drug Evaluation and Research. FDA Approved Drug Products. Label and Approval History. Disponible en: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=Search.LabelApprovalHistory> [Consulta: 12 de mayo 2009].
32. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia por Laboratorio de Influenza y otros Virus Respiratorios en el Marco del Plan Antipandemia. Bogotá, junio 2007.
33. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Valdivia. Hospital Base Valdivia. Comité de IIH. Norma N° 21 "Uso de mascarilla 1870 (N95) para microorganismos que se transmiten por la vía aérea". Agosto 2007.
34. Agencia Europea de Medicamentos (EMA), FICHA TÉCNICA Tamiflu 75 mg cápsulas duras, pagina 32-37. Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/H-402-PI-es.pdf> [Consulta: 13 de mayo 2009].
35. Administradora de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA), Ficha técnica TAMIFLU® (oseltamivir phosphate) Pág. 6-10. Disponible en: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=Search.DrugDetails> [Consulta: 13 de mayo 2009].
36. Organización Mundial de la Salud, WHO Rapid Advice Guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus WHO/PSM/PAR/2006.6. Disponible en: http://www.who.int/entity/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.6.pdf [Consulta: 13 de mayo 2009].



VIII. ANEXOS

Anexo 01

Fases de la Pandemia de Influenza según la Organización Mundial de la Salud



Fase 1, no hay entre los animales virus circulantes que hayan causado infecciones humanas.

Fase 2, existe circulación entre los animales domésticos o salvajes un virus gripal animal que ha causado infecciones humanas, por lo que se considera una posible amenaza de pandemia.

Fase 3, existe de un virus gripal animal o un virus reagrupado humano-animal que ha causado casos esporádicos o pequeños conglomerados de casos humanos, pero no ha ocasionado una transmisión de persona a persona suficiente para mantener brotes a nivel comunitario.

Fase 4, Hay transmisión comprobada de persona a persona de un virus animal o un virus reagrupado humano-animal capaz de causar "brotes a nivel comunitario". La capacidad de causar brotes sostenidos en una comunidad señala un importante aumento del riesgo de pandemia. Todo país que sospeche o haya comprobado un evento de este tipo debe consultar urgentemente con la OMS a fin de que se pueda realizar una evaluación conjunta de la situación y el país afectado pueda decidir si se justifica la puesta en marcha de una operación de contención rápida de la pandemia. La fase 4 señala un importante aumento del riesgo de pandemia, pero no significa necesariamente que se vaya a producir una pandemia.

Fase 5, Existe propagación del virus de persona a persona al menos en dos países de una región de la OMS. Aunque la mayoría de los países no estarán afectados en esta fase, la declaración de la fase 5 es un indicio claro de la inminencia de una pandemia y de que queda poco tiempo para organizar, comunicar y poner en práctica las medidas de mitigación planificadas.

Fase 6, es decir la fase pandémica, se caracteriza por los criterios que definen la fase 5, acompañados de la aparición de brotes comunitarios en al menos un tercer país de una región distinta. La declaración de esta fase indica que está en marcha una pandemia mundial.

Post-Pico, En el periodo posterior al de máxima actividad, la intensidad de la pandemia en la mayoría de los países con una vigilancia adecuada habrá disminuido por debajo de la observada en el momento álgido. En este periodo, la pandemia parece remitir; sin embargo, no pueden descartarse nuevas oleadas, y los países han de estar preparados para una segunda ola.

Las pandemias anteriores se han caracterizado por oleadas de actividad repartidas durante varios meses. Cuando el número de casos disminuye, se requiere una gran habilidad comunicadora para compaginar esa información con la advertencia de que puede producirse otro ataque. Las olas pandémicas pueden sucederse a intervalos de meses, y cualquier señal de "relajación" puede resultar prematura.

En el periodo post-pandémico, los casos de gripe habrán vuelto a ser comparables a los habituales de la gripe estacional. Cabe pensar que el virus pandémico se comportará como un virus estacional de tipo A. En esta fase es importante mantener la vigilancia y actualizar en consecuencia la preparación para una pandemia y los planes de respuesta. Puede requerirse una fase intensiva de recuperación y evaluación.



Anexo 02
Ficha clínica de vigilancia de influenza y otros virus respiratorios



Ministerio de Salud del Perú
Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios
Ficha de investigación clínico - epidemiológica

ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE
 Establecimiento de Salud: _____ DIRESA / DISA: _____
 Nombre del médico tratante: _____ Correo: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
 Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombres: _____
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): _____ Edad: _____ Años: _____ Meses: _____
 Sexo: Masculino Femenino DNI: _____ Ocupación: _____
 Dirección y/o domicilio: _____ Teléfono: _____

ANTECEDENTES
 Contactos con otras personas con sintomatología respiratoria en últimos 7 días: Sí No
 Contacto con animales: Sí No ¿Cuáles? _____
 País-lugar que visitó últimos 15 días (Lugar, fecha ingreso y salida): _____
 Vacunación Antigripal: Sí No Fecha de Vacunación (dd/mm/aa): _____

CLÍNICA
 Fecha de inicio de síntomas: _____

Fiebre:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medida con termómetro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Temperatura Máxima (°C):	_____
Tos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otalgia:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adenopatias:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor garganta:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fotofobia:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Astenia:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Rinorrea:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Congestión conjuntival:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cefalea:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Expectoración:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vómitos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mialgias:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sibilancias:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor abdominal:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Malestar general:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Congestión faríngea:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Erupción dérmica:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

 Otras manifestaciones: _____

Criterios de gravedad (compromiso sistémico)
 Hospitalización: Sí No Dificultad respiratoria: Sí No Colapso circulatorio: Sí No
 Falla multi orgánica: Sí No Pérdida de conciencia: Sí No Muerte: Sí No
 Fecha de defunción: _____
 Diagnóstico presuntivo: _____

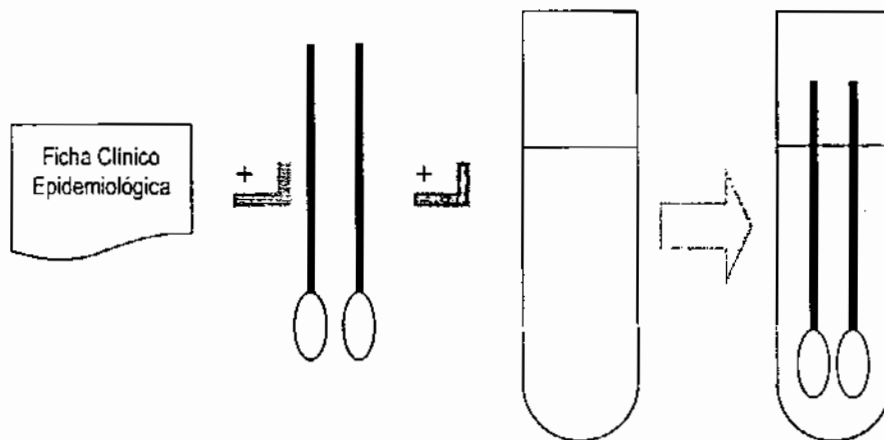
Laboratorio

Tipo de muestra	Fecha de obtención (dd/mm/aa)	Tipo de Prueba	Resultado
Hisopado nasal:	_____	_____	_____
Hisopado faríngeo:	_____	_____	_____
Aspirado nasofaríngeo	_____	_____	_____
Suero de fase aguda:	_____	_____	_____
Suero de fase convalescente:	_____	_____	_____
Otros: _____	_____	_____	_____

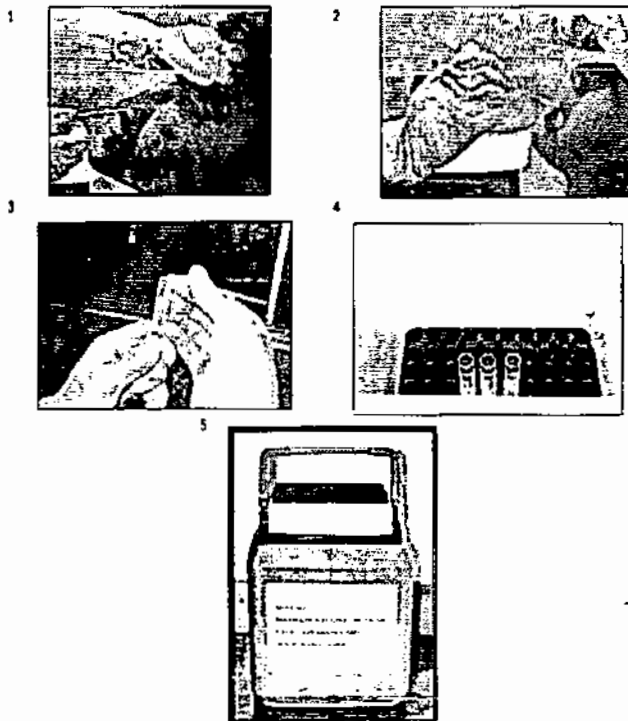
Tratamiento
 Antibióticos: Sí No Cuáles: _____ Antivirales: Sí No Cuáles: _____
 Fecha de llenado de la ficha: _____
 Nombre y firma de la persona que llena la ficha: _____

Anexo 03
Obtención de la muestra para diagnóstico de influenza A H1N1

1. **Muestra utilizada:** • Hisopado nasal y faríngeo combinado
2. **Materiales:** • Ficha clínica
 • 02 Hisopos de dacrón
 • Medio de transporte viral
 • Equipo de protección personal (respirador N95, guantes, lentes y mandilón)
3. **Suero:** • 1.5 cc de suero de fase aguda y convaleciente (sueros pareados).
 Transportar en cadena de frío o guardar a - 20°C.



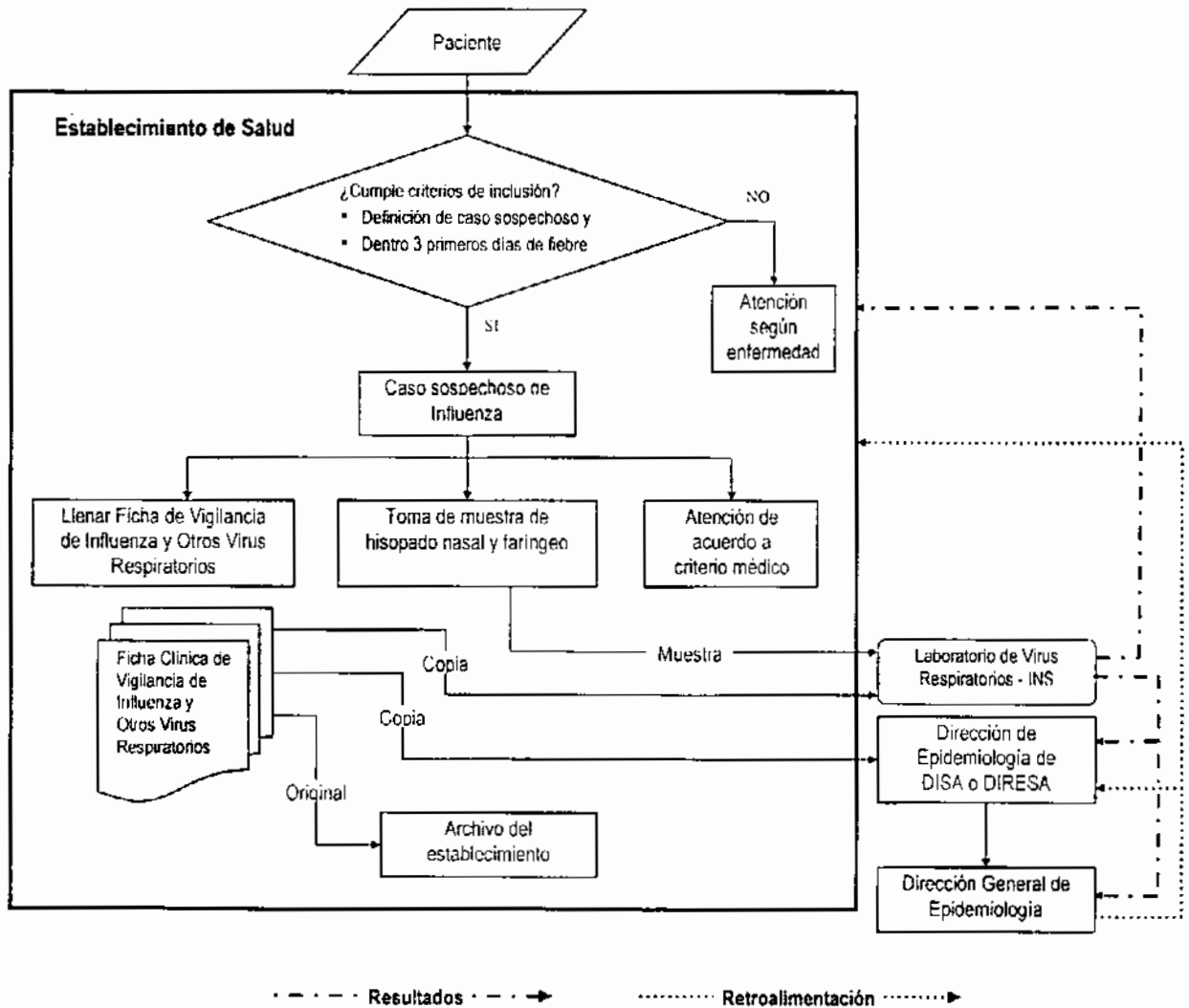
4. **Procedimientos:**



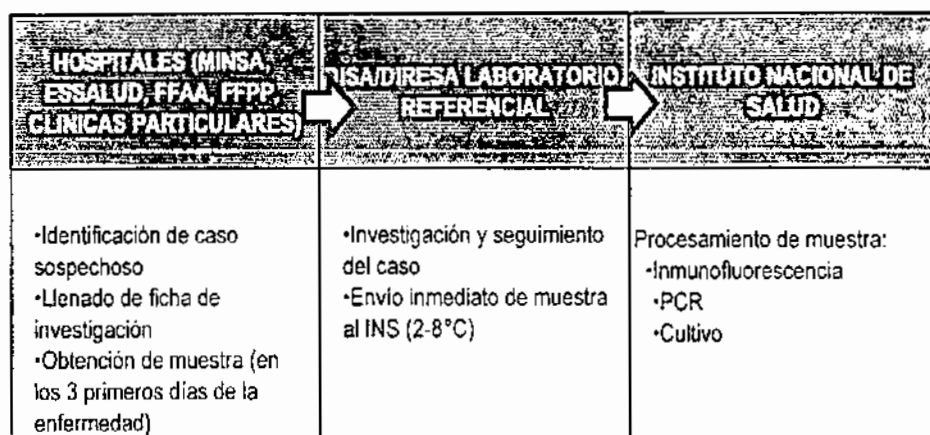
1. Obtención de la primera muestra por hisopado nasal (hasta los cornetes).
2. Obtención de la muestra por hisopado faríngeo.
3. Poner los dos hisopos en un tubo con medio de transporte.
4. Colocar los tubos en una termo con bloquetas de hielo para su envío en menos de 12 horas.



Anexo 04
Flujograma de vigilancia del caso sospechoso de Influenza



Anexo 05
Envío de muestras para el diagnóstico de influenza A H1N1



CRUZ S

Recepción de muestra:

- Jr. Garcilazo de la Vega Cdra. 14; Jesús María. Telf: 4719920 Anexo 145 ó 176 (8 am – 8 pm)
- Av. Defensores del Morro 2268, Chorrillos. Telf: 2516151 Anexo 431 (24 horas del día).

Anexo 06

Recomendaciones para el control de la transmisión del virus de la Influenza

1. Medidas de precaución estándar

Buscan disminuir la transmisión de microorganismos de cualquier fuente. Son de aplicación en el manejo de todos los pacientes ambulatorios u hospitalizados con o sin diagnóstico de infección:

- 1.1. **Lavado de manos:** Antes y después de la atención directa de pacientes.
- 1.2. **Guantes:** Para la manipulación de fluidos corporales, sangre, secreciones, excreciones, piel no intacta o mucosa. Retirarse los guantes luego de la atención de cada paciente y lavarse las manos.
- 1.3. **Mandil, gorro, mascarilla y lentes:** Cuando existe riesgo de salpicaduras de sangre o fluidos.
- 1.4. **Equipos y dispositivos:** Deben ser lavados por arrastre, desinfectados o esterilizados según corresponda. Eliminar el material desechable.

2. Utilización del Equipo de Protección Personal (EPP)

2.1 Al ingresar a la sala de aislamiento:

1. Realizar la higiene de manos con solución alcohólica o con agua y jabón.
2. Colocarse el EPP de acuerdo a la siguiente secuencia:
 - (a) Mandilón impermeable.
 - (b) Respirador N95.
 - (c) Gorro (en caso de requerirse, por ejemplo, para realizar un procedimiento generador de aerosol).
 - (d) Escudo facial o lentes protectores.
 - (e) Guantes: asegurarse que cubran los puños del mandilón.
3. Ingresar a la sala de aislamiento y cerrar la puerta.

2.2 Al salir de la sala de aislamiento:

1. Durante el retiro del EPP se debe prevenir la auto contaminación a partir de EPP o manos contaminadas. La secuencia recomendada es la siguiente:
 - (a) Abandonar la sala de aislamiento y ubicarse en la antesala para el retiro del EPP en el orden señalado.
 - (b) Retirarse los lentes protectores o el escudo facial.
 - (c) Retirarse el gorro.
 - (d) Retirarse el mandilón.
 - (e) Retirarse los guantes.
 - (f) Realizar la higiene de manos con solución alcohólica o con agua y jabón.
 - (g) Retirarse el respirador N95 cogiéndolo por los elásticos sujetadores.
2. Realizar la higiene de manos con solución alcohólica o con agua y jabón.

3. Preparación de la sala de aislamiento:

- Colocar un aviso en la puerta de la sala de aislamiento señalando que dicha sala está bajo aislamiento aéreo y de contacto.
- Colocar una hoja a la entrada para que todas las personas que ingresen se registren.
- Retirar el mobiliario no esencial. El mobiliario que se va a usar deberá ser susceptible de limpiarse fácilmente.
- Almacenar la ropa a usarse fuera de la sala.
- Asegurarse que el material para la higiene de manos esté cerca de los lavabos y cerca de la puerta de la sala.
- Colocar tachos con tapas accionadas por pedal.
- Colocar recipientes para descarte de material punzante o cortante en el interior de la sala.
- El paciente conservará en la sala sólo el mínimo de sus pertenencias.
- Equipos como estetoscopios, termómetros, manómetros, etc. deben ser de **uso exclusivo de cada paciente**. De no ser posible ello, deberán ser sometidos a limpieza y desinfección antes de ser usados en otro paciente.
- En el caso de equipos que requieren esterilización, se hará la limpieza de ellos antes de ser enviados al servicio de esterilización.
- Colocar un limpia pies embebido con una sustancia desinfectante adecuada a la entrada y salida de la sala de aislamiento.



CRUZ S

GUÍA TÉCNICA:
"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

4. Duración de las precauciones para el control de infecciones

Las precauciones para el control de infecciones ya descritas deben aplicarse mientras el paciente permanezca infectante, estos periodos son:

- Para adultos y adolescentes mayores de 12 años de edad: desde el momento de la admisión hasta 7 días después de resuelta la fiebre.
- Para infantes y niños hasta 12 años de edad: desde el momento de la admisión hasta los 21 días posteriores al inicio de la enfermedad.

5. Recomendaciones para ambientes de atención ambulatoria

- Establecer criterios de triaje para la identificación rápida de personas en riesgo de infección por Influenza A (H1N1).
- Alertar a las personas con enfermedad aguda respiratoria febril que lo comuniquen al personal de salud y apliquen el protocolo de higiene respiratoria.
- Evaluar inmediatamente a los pacientes con enfermedad respiratoria febril aguda.
- En la sala de espera, los pacientes con enfermedad respiratoria aguda deberán mantener una distancia mínima de 1 metro con respecto a otras personas, en lo posible. De ser factible, el establecimiento de salud deberá establecer áreas para la atención diferenciada de pacientes sospechosos respecto a los que acuden por otra patología.
- Proporcionar toallas de papel para contener secreciones respiratorias, al toser o estornudar, así como tachos para descarte en la sala de espera (en lo posible tachos que no requieran ser abiertos a mano).
- En la sala de espera, proporcionar soluciones alcohólicas para higiene de manos para usarlo después del contacto con secreciones respiratorias.
- Eliminar o disminuir el uso de artículos compartidos con los pacientes (lapiceros, teléfonos y otros).
- Asear y desinfectar las superficies ambientales de la sala de espera y del área de atención del paciente diariamente y cuando estén visiblemente sucias.
- Asegurarse que los materiales y equipos médicos sean aseados y desinfectados antes de ser usados en otros pacientes.
- Colocar máscaras quirúrgicas a pacientes con enfermedad respiratoria febril aguda, de ser posible.
- El personal de salud deberá usar precauciones estándar y de aislamiento de gotas al atender pacientes con enfermedad respiratoria febril aguda (durante contacto cercano).
- Si un paciente con sospecha o confirmación de infección por Influenza A H1N1 es referido a otro establecimiento de salud, éste deberá ser notificado.
- Aplicar las medidas descritas en esta guía como PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO PARA CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS DE INFLUENZA A H1N1.

6. Colección y transporte de especímenes

- Los especímenes serán transportados en contenedores especiales a prueba de derrames.
- El personal encargado del transporte de especímenes debe estar entrenado en prácticas de manejo seguro de ellas y procedimientos de descontaminación en caso de derrames.
- El personal que colecte los especímenes deberá usar EPP con barreras completas.
- La solicitud de análisis debe estar etiquetada como "Influenza" y se comunicará al laboratorio de destino que los especímenes están en camino.

7. Recomendaciones para los visitantes

- Se limitará el número de visitantes a lo estrictamente necesario para el bienestar y cuidado del paciente y se les advertirá del riesgo de transmisión de Influenza.
- Se proporcionará EPP a los visitantes instruyéndoseles acerca de su uso así como acerca de la higiene de manos antes de que ingresen a la sala de aislamiento.
- Los padres o parientes pueden ayudar en la atención del paciente en situaciones especiales (Ej., falta de recursos, pacientes pediátricos, etc.) siempre y cuando reciban un adecuado entrenamiento y supervisión acerca del uso de EPP y práctica de higiene de manos.
- En los visitantes, se hará un tamizaje acerca de síntomas de enfermedad respiratoria al ingresar a la sala. Los visitantes sintomáticos deben considerarse como posibles casos de Influenza A H1N1 y deben recibir la evaluación correspondiente.



CRUZ S

**GUÍA TÉCNICA:
"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"**

8. Transporte del paciente dentro del establecimiento de salud

- Limitar el movimiento y transporte de pacientes fuera de la sala de aislamiento sólo para propósitos esenciales e informar previamente al área de destino para que se tome las precauciones correspondientes.
- Al ser transportado fuera de la sala de aislamiento, el paciente deberá usar una máscara quirúrgica y realizará la higiene de manos si tiene contacto con sus secreciones respiratorias.
- Asear y desinfectar las superficies que han tenido contacto con el paciente.
- El personal que transporta al paciente usará EPP.

9. Manejo de residuos

Usar precauciones estándar al manejar residuos potencialmente contaminados con el virus de Influenza A H1N1 fuera de la sala de aislamiento. Residuos clínicos (infecciosos) incluyen residuos directamente asociados con sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones, residuos de laboratorio directamente asociados con procesamiento del espécimen, tejidos humanos y tejidos animales y objetos punzantes o cortantes descartados.

- Todo residuo generado en la sala de aislamiento se retirará en contenedores o bolsas impermeables.
- Los residuos se clasificarán de acuerdo a las normas nacionales.
- Se procurará no contaminar el exterior de la bolsa cuando se depositen en ella los residuos. Si ocurriera la contaminación del exterior de la bolsa, se cubrirá ésta con otra bolsa; si ello no es posible, se limpiará y desinfectará el exterior de la bolsa antes de retirarla de la sala de aislamiento.
- Usar guantes al transportar los residuos fuera de la sala y posteriormente realizar la higiene de manos.
- Se manipulará las heces de los pacientes con cuidado evitando la generación de aerosoles (por ejemplo, evitar el uso de "spray" de agua para retirar las heces de un recipiente o de la ropa)
- La orina y las heces podrán ser eliminadas hacia el desagüe. Tapar el inodoro antes de correr el agua para eliminar heces y orina.

10. Limpieza y desinfección de ambientes

- La limpieza precederá a la desinfección. De acuerdo a norma vigente Manual de desinfección y esterilización
- Ver lista de desinfectantes con acción contra el virus de influenza (ver Tabla N° 04).
- Las salas de estos pacientes deberán limpiarse al menos una vez al día y se hará limpieza terminal luego del alta. Además de la limpieza de pisos, se limpiarán y desinfectarán otras superficies que se tocan con frecuencia.
- Para evitar la reaerosolización, usar un paño húmedo para la limpieza. Empezar por las áreas menos contaminadas y cambiar frecuentemente las soluciones desinfectantes, los paños de limpieza y los trapeadores.
- No usar desinfectantes en aerosol.

TABLA 04. Uso de desinfectantes.

Desinfectante	Uso recomendado	Precauciones
Hipoclorito de sodio La lejía doméstica generalmente contiene hipoclorito de sodio al 5% , la cual debe ser diluida 1:100 (1 parte de hipoclorito de sodio al 5% mezclado con 99 partes de agua fría)	Desinfección de material contaminado con sangre y fluidos corporales (inmersión durante 30 minutos) Desinfección de superficies contaminadas (aplicar con un paño , período de exposición ≥ 10 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser usado en áreas bien ventiladas. • Requiere de traje protector mientras se prepara las diluciones. • No debe mezclarse con ácidos fuertes a riesgo de eliminar gas de cloro. • Es corrosivo.
Alcohol etílico al 70%	Pequeñas superficies (tapas de frascos multidosis, termómetros, etc.) Superficies externas de equipos (estetoscopios, ventiladores)	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamable, debe ser usado para pequeñas superficies en áreas bien ventiladas. • Mantener lejos de fuentes de calor, equipos eléctricos, flamas y superficies calientes. • Se debe secar completamente.



GUÍA TÉCNICA:
"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

11. Manejo del equipamiento para la atención del paciente

Seguir las precauciones estándar, entre otras recomendaciones, para manipular y reprocessar el equipamiento para la atención del paciente:

- De ser posible, colocar el equipamiento contaminado en bolsas o contenedores adecuados antes de retirarlo de la sala de aislamiento.
- Limpiar el equipamiento sucio y aplicarle un desinfectante efectivo contra el virus de la influenza, antes de retirarlo de la sala de aislamiento.
- Al transportar equipamiento contaminado fuera de la sala de aislamiento, usar guantes y posteriormente realizar la higiene de manos.
- De no estar visiblemente sucio, aplicar un desinfectante apropiado sobre la superficie externa de los equipos portátiles usados para tomar radiografías u otros procedimientos antes de retirarlos de la sala.

12. Vajilla y utensilios para comer

Aplicar **precauciones estándar** al manipular vajilla y utensilios usados por los pacientes (sospechosos o confirmados) para comer:

- Lavar con agua tibia y detergente los artículos reusables usando guantes de goma.
- Los artículos descartables se descartarán con los residuos generales.

13. Ropa

Usar **precauciones estándar** al manipular la ropa que pudiera estar contaminada con sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones de pacientes (sospechosos o confirmados):

- Colocar la ropa sucia en una bolsa de lavandería en la sala de aislamiento.
- La ropa muy sucia será doblada tratando de colocar en el centro la parte más sucia. Las heces se retirarán de la ropa usando guantes y papel toalla envolviendo las heces en papel toalla y eliminándolas al inodoro.
- No sacudir la ropa sucia.
- El personal de lavandería también seguirá las precauciones estándar al manipular la ropa sucia.
- Lavar y secar la ropa de acuerdo al procedimiento rutinario.

14. Recomendaciones al alta

- Si al momento del alta, el paciente todavía es posiblemente infectante, se educará a los familiares acerca de la higiene personal y de las medidas de control de infecciones.
- Se realizará una limpieza terminal de la sala del paciente.

15. Recomendaciones acerca de la salud ocupacional

15.1 Recomendaciones administrativas

- Vacunar al personal de salud contra Influenza Estacional.
- Mantener un registro del personal que haya atendido pacientes con Influenza.
- Desarrollar un sistema de vigilancia de enfermedad sospechosa de influenza para el personal de salud que incluya el auto reporte y el auto aislamiento del personal sintomático.
- Monitorizar el ausentismo laboral por razones de salud, especialmente en el personal que atiende pacientes con Influenza.
- Interrogar al personal de salud que atiende estos pacientes acerca de síntomas de influenza cada vez que inicien su turno. Los trabajadores sintomáticos serán evaluados y excluidos de su turno.

15.2 Recomendaciones para el personal de salud en general

- Cumplir siempre con la higiene de manos y la higiene respiratoria así como con las otras medidas de control de infecciones.
- Estar atento a la aparición de síntomas sospechosos de influenza (tos, irritación faríngea, disnea).

15.3 Recomendaciones para el personal que atiende pacientes con Influenza A H1N1

- Medirse la temperatura 2 veces al día y estar atento a la aparición de síntomas sospechosos de influenza (tos, irritación faríngea, disnea) durante los 10 días posteriores a la última posible exposición a Influenza.
- En el caso de presentar fiebre o los otros síntomas descritos, el trabajador limitará su interacción con otras personas y notificará su situación a la unidad de salud ocupacional de su hospital.



16. Manejo de cadáveres

16.1 Retiro del cadáver fuera de la sala de aislamiento

- Seguir las precauciones estándar para el manejo de los cadáveres.
- El personal encargado de manejar los cadáveres usará EPP.
- El cadáver será colocado en una bolsa impermeable que se sellará antes de ser retirado de la sala de aislamiento para ser conducido al mortuario.
- Evitar la salida de fluidos corporales fuera de la bolsa.
- Transferir el cadáver al mortuario lo más pronto posible.

16.2 Recomendaciones para reducir aerosoles en la sala de necropsia

- Evitar el uso de sierras.
- Realizar los procedimientos bajo agua si hay riesgo de aerosolización.
- Evitar salpicaduras al retirar tejido pulmonar.
- **EPP recomendado:**
 - **Ropa quirúrgica** (camiseta y pantalón)
 - **Mandilón Impermeable** de manga larga.
 - **Máscara quirúrgica.** Si hay posibilidad de generación de aerosoles de partículas pequeñas, usar respirador N95.
 - **Escudos faciales o lentes protectores.**
 - **Gautes** de necropsia o guantes de látex de doble capa.
 - **Gorro.**
 - **Botas** impermeables o cobertores impermeables para zapatos.

16.3 Limpieza de superficies después de la necropsia

Las superficies que durante la necropsia se hubieran contaminado con tejidos o fluidos corporales, serán limpiadas y descontaminadas de la siguiente manera:

- Retirar los tejidos o sustancias corporales con material absorbente.
- Limpiar las superficies con agua y detergente.
- Aplicar sobre las superficies una solución de hipoclorito de sodio.
- Luego de por lo menos 10 minutos de contacto con hipoclorito de sodio, enjuagar las superficies.



Anexo 07
Manejo del Shock Séptico

Criterios del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS)	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre mayor de 38°C o Hipotermia menor de 35°C. • Taquicardia. • Taquipnea. • Leucocitosis > 10,000/mm³, o leucopenia < 4000/mm³. • Abastionados > 10%.
Criterios de Sepsis	Además de lo anterior: <ul style="list-style-type: none"> • Foco Probable de Infección (Viremia)
Criterios de Sepsis Severa	Además de lo anterior: <ul style="list-style-type: none"> • Distinción de órganos: cardiovascular, respiratorio, renal, hematológico, cerebral, digestivo, rabdomiolisis, insuficiencia renal aguda, Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), oliguria, plaquetopenia, encefalopatía séptica, hemorragia digestiva alta, colecistitis, CPK elevado, aumento de la creatinina, acidosis metabólica. • Hipotensión que mejora con fluidos.
Criterios de Shock Séptico	Además de lo anterior: <ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión que NO mejora con fluidos y requiere inicio de Dopamina o Norepinefrina.



Objetivos del manejo del Shock Séptico: Mantener:

- Presión venosa central (PVC) de 8-12 mmHg.
- Presión arterial media de 70 mmHg.
- Saturación de sangre venosa central mayor de 70% (gases de sangre de catéter venoso central).
- Si la Hb es menor de 7gr/dl contemplar la posibilidad de transfusión.
- Si existe antecedente de enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca mantener la Hb alrededor de 10 gr/dl.

Manejo de Shock Hipovolémico / Séptico
<ul style="list-style-type: none"> • Reposición de fluidos 500ml/30 minutos. • 2 vías periféricas con catéter 14 o 16G. • Administrar Cloruro de Sodio 9‰ o coloides (gelatinas o almidones). • Hoja de monitoreo de funciones vitales. • Sonda vesical para diuresis horaria. • Colocar oxígeno por cánula binasal o máscara de reservorio, según severidad del cuadro.
<ul style="list-style-type: none"> • De persistir hipotensión requiere colocación de catéter central y medición de Presión Venosa Central. • Si a pesar de fluidoterapia enérgica, (mayor de 4-5 l), iniciar Dopamina o Norepinefrina. • Dextrosa 500 ml/ Dopamina 200 mg -4 ampollas-microgotero o bomba de infusión. • Iniciar con 5-10 ml/h (5-10 microgotas / min.) con incrementos progresivos cada 5 minutos de 3 a 5 microgotas o ml hasta lograr una presión arterial media de 70 mmHg.
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar diuresis > 0.5 ml/kg/h. • Mejorar llenado capilar a menos de 2 seg. • Mejorar compromiso de sensorio. • Mejorar presión arterial media de 70 mmHg o sistólica mayor de 90 mmHg. • Transferir a hospital de mayor resolución que dispongan de cuidados intensivos con áreas de aislamiento apropiado.

GUÍA TÉCNICA:
"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

Consolidación del Tratamiento

- Shock severo requiere colocación de catéter Swan Ganz o medición de Gasto Cardíaco No Invasivo.
 - En shock severo uso de corticoides: 100 mg cada 6 horas de Hidrocortisona previa toma de muestra de sangre venosa para medir cortisol sérico.
 - De persistir hipotensión menor de 60 mmHg a pesar de Dopamina > 20 ug/kg/min o Norepinefrina >4 ug/Kg/min asociar Vasopresina 0.04 unidades por minuto. Mantener una presión arterial media de 70 mmHg.
-
- Insuficiencia Renal Aguda descompensada: hemodiálisis intermitente o diaria.
 - Asociar Bicarbonato en caso de acidosis metabólica con pH menor de 7.1 o bicarbonato menor de 10 mEq/l. Administrar bolos de 3 a 4 ampollas (no buscar normalizar el pH).
 - Mantener Hb entre 7-9. Sólo transfusión si la Hb es menor de 7 o existe evidencia de sangrado activo. Conducta restrictiva de transfusión.
-
- Mantener balance hídrico apropiado.
 - Sólo reponer factores de coagulación (plaquetopenia o alteraciones del TP o TPTK) cuando exista evidencia de sangrado o requiera procedimiento invasivo (catéter central, Swan Ganz o tratamiento quirúrgico).
 - Monitoreo gasométrico.
 - En shock severo posibilidad de ventilación mecánica.



CRUZ S.

Anexo 08
Flujograma de clasificación de casos de Influenza A H1N1

Flujograma de clasificación de casos de influenza A (H1N1)



Caso sospechoso

Se considera caso sospechoso a quien cumpla alguna de las siguientes condiciones:

Persona con fiebre mayor de 38 °C acompañada de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

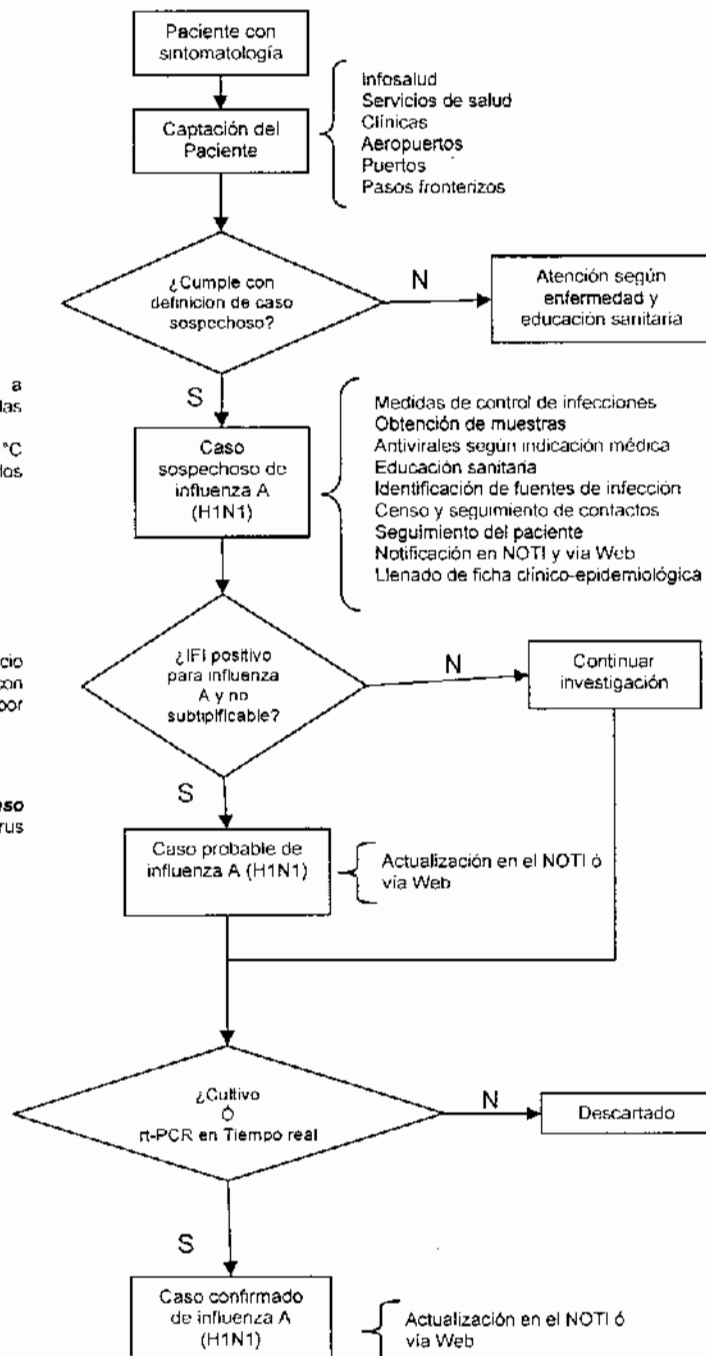
- Tos
- Dolor de garganta
- Rinorrea

Y que:

Estuvo en los 7 días previos al inicio de su enfermedad en una zona con casos confirmados de infección por virus de influenza A H1N1,

O

Tuvo contacto cercano con un **caso confirmado** de infección con virus de influenza A H1N1



Anexo 09

Recomendaciones para el cuidado de una persona enferma en el hogar

1. Las personas con influenza A H1N1 que reciben cuidados en su casa deben:

- Consultar con su proveedor de atención médica si requieren de algún cuidado especial en caso de embarazo o si tienen afecciones como diabetes, enfermedades cardíacas, asma o enfisema;
- Verificar con su proveedor de atención médica si necesitan tomar medicamentos antivirales;
- Permanecer en casa durante 7 días después que comenzó la enfermedad y cuando la fiebre haya desaparecido;
- Descansar mucho;
- Beber muchos líquidos (como agua, caldos, bebidas deportivas, bebidas con electrolitos para bebés) para evitar una deshidratación;
- Cubrirse la boca cuando tosan y estornuden; lavarse con frecuencia las manos con agua y jabón o con una loción a base de alcohol, especialmente después de utilizar los pañuelos desechables y de toser o estornudar en las manos;
- Evitar el contacto cercano con los demás, no ir al trabajo o la escuela si está enfermo;
- Mantenerse atentas a los signos de alarma que pueden indicar que necesita buscar atención médica de emergencia.

2. Signos de Alarma

- **ADULTOS**
 - ✓ Dificultad para respirar o dolor en el pecho
 - ✓ Cianosis
 - ✓ Vómito o diarrea persistentes
 - ✓ Signos de deshidratación
 - ✓ Trastorno del estado de conciencia
 - ✓ Deterioro agudo de la función cardíaca
 - ✓ Agravamiento de una enfermedad crónica
- **NIÑOS**
 - ✓ Fiebre alta y dificultad para respirar
 - ✓ Cianosis
 - ✓ Aumento de la frecuencia respiratoria:
 - Entre 2 y 11 meses : más de 50 respiraciones por minuto.
 - Entre 1 y 5 años : más de 40 respiraciones por minuto.
 - ✓ Rechazo a la vía oral
 - ✓ Signos de deshidratación (Ejm.: llanto sin lágrimas).
 - ✓ Irritabilidad y/o convulsiones
 - ✓ Trastorno del estado de conciencia

3. Medidas para disminuir la transmisión de la influenza en la casa

Cuando cuide de un familiar que esté enfermo de influenza en el hogar, las principales medidas de protección para usted y las demás personas que no estén enfermas son:

- Mantener a la persona enferma alejada de los otros lo más posible.
- Recordar a la persona enferma que se cubra la boca cuando tose y que se lave a menudo las manos con agua y jabón o con una loción para manos a base de alcohol, especialmente después de toser o estornudar.
- Hacer que todos los miembros del hogar se laven a menudo las manos con agua y jabón o frotándose con una loción para manos a base de alcohol.
- Preguntar a su proveedor de atención médica si las personas que viven con una persona enferma, particularmente las que tengan afecciones crónicas, deben tomar medicamentos antivirales como oseltamivir (Tamiflu®) o zanamivir (Relenza®) para prevenir contraer la influenza.



GUÍA TÉCNICA:
"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

4. Dónde debe permanecer una persona enferma en la casa

- Mantenga a la persona enferma en una habitación separada de las áreas comunes de la casa. (Por ejemplo, una habitación aparte que tenga su propio baño, si es posible.) Mantenga cerrada la habitación del enfermo.
- A menos que tenga que ir al médico, una persona con influenza no debe salir de la casa cuando tenga fiebre o durante la etapa en que suele ser más contagiosa (en los adultos 7 días después de que aparecen los síntomas y los niños pueden contagiar el virus hasta por 10 días).
- Si las personas con influenza necesitan salir de la casa (por ejemplo, para ir al médico) deben cubrirse la boca y la nariz cuando tosan o estornuden y usar mascarillas hoigadas (quirúrgicas) si es posible.
- Haga que la persona use una mascarilla quirúrgica si tiene que estar en áreas comunes de lá casa o cerca de otras personas.
- De ser posible, la persona enferma debe usar un baño aparte. Este baño se debe limpiar todos los días con un desinfectante casero.

5. Protección de otras personas en el hogar

- Una persona enferma no debe recibir visitas, a menos que sean las personas que cuidan de ella. Una llamada telefónica no conlleva riesgos, a diferencia de una visita.
- Procure que un solo adulto de la casa sea el que cuide de la persona enferma.
- Evite que una mujer embarazada sea la que cuide del enfermo. (Las mujeres embarazadas enfrentan un riesgo más elevado de complicaciones por la influenza y debido a su estado pueden tener un sistema inmunitario debilitado).
- Todas las personas de la casa deben lavarse con frecuencia las manos con agua y jabón o con una loción para manos a base de alcohol, y también después de cada contacto con una persona enferma o con su habitación o su baño.
- Use toallas de papel para secarse las manos o asigne una toalla de tela para cada miembro de la familia. Por ejemplo, cada persona puede tener una toalla de un color distinto.
- De ser posible, tenga una buena ventilación en las áreas comunes de la casa (p. ej., mantener abiertas las ventanas de los baños y la cocina, etc.)
- Se pueden usar medicamentos antivirales para prevenir la influenza, pero consulte con el proveedor de atención médica a fin de determinar si algunos miembros del hogar deben tomar estos medicamentos.

6. Si usted cuida de una persona enferma

- Evite colocarse directamente enfrente de la persona enferma (cara a cara).
- Cuando cargue a un niño pequeño enfermo, haga que la barbilla del niño quede mirando hacia el hombro de usted para evitar que le tosa directamente en la cara.
- Lávese las manos con agua y jabón o con una loción para manos a base de alcohol después de tocar a una persona enferma o de manipular sus pañuelos usados o su ropa.
- Las personas que cuidan de una persona con influenza pueden contagiarse y a su vez propagar la enfermedad a los demás antes de que les aparezcan los síntomas. Por eso es importante que una persona que cuida de un enfermo utilice una mascarilla o tapabocas cuando salga de su casa para evitar transmitir la influenza en caso de que esté recién infectada.
- Pregúntele a su proveedor de cuidados médicos si la persona que cuida de un enfermo de influenza debe tomar medicamentos antivirales para que no le contagie la enfermedad.
- Manténgase atento a los síntomas de influenza que puedan presentar usted o los miembros de su familia y, en caso de que se produzcan, comuníquese con la línea de atención telefónica o su proveedor de atención médica.

7. Utilización de mascarillas o respiradores

- Evite en lo posible el contacto cercano (menos de 1 metro) con la persona enferma.
- Si debe estar en contacto cercano con la persona enferma (por ejemplo, cargar a un bebé enfermo) intente que este contacto dure el menor tiempo posible y procure utilizar una mascarilla (p. ej., una mascarilla quirúrgica) o un respirador N95 desechable.
- Un respirador N95 que se ajusta bien envolviendo la cara puede evitar que se filtren las partículas pequeñas que se suelen inhalar a través de los bordes de una mascarilla, pero a diferencia de las mascarillas la respiración con el N95 se hace más difícil durante periodos largos. Consulte más información sobre las mascarillas y los respiradores en:
<http://www.cdc.gov/H1N1flu/espanol/mascarillas.htm>



GUÍA TÉCNICA:

"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

- Las mascarillas y los respiradores se pueden comprar en las farmacias, tiendas de artículos para la construcción o ferreterías.
- Utilice un respirador N95 cuando la persona enferma que usted cuida requiera de tratamientos respiratorios con un nebulizador o inhalador, siguiendo las indicaciones del médico. Los tratamientos respiratorios se deben administrar en una habitación aparte de las áreas comunes de la casa, siempre que sea posible.
- Las mascarillas o los respiradores N95 usados deben quitarse de la cara y botarse inmediatamente en la basura para que nadie más los toque.
- En lo posible, evite reutilizar mascarillas o respiradores N95 desechables. Para reutilizar una mascarilla de tela no desechable, primero debe lavarla con detergente normal para ropa y secarla en la secadora caliente.
- Después de quitarse la mascarilla o el respirador N95, lávese las manos con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol.



8. Limpieza de la casa, lavado de ropa y manejo de la basura

- Bote a la basura los pañuelos y todos los artículos desechables que haya utilizado la persona enferma. Lávese las manos después de tocar los pañuelos desechables usados o productos de desecho similares.
- Mantenga limpias las superficies (especialmente mesas de noche, superficies de los baños y juguetes de los niños) pasándoles un trapo con un desinfectante casero de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta del producto.
- La ropa de cama, los utensilios y los platos para comer que ha utilizado una persona enferma no necesitan lavarse por separado, pero es importante que nadie más use estos artículos si no se lavan primero.
- Lave la ropa de cama y otras prendas (toallas) con detergente para lavar ropa y déjela secar o colóquela en la secadora. Cuando lleve la ropa a lavar, evite ponerla encima de su cuerpo para no contaminarse. Después de tocar la ropa sucia para lavar, lávese las manos con agua y jabón o con un desinfectante para manos con alcohol.
- Los utensilios para comer deben lavarse ya sea en la lavadora de platos o a mano con agua y jabón.

Anexo 10 Equipo de Protección Personal

Se requiere del uso de los siguientes elementos y recomendaciones de uso:

1. **Delantales, batas o trajes especiales** que deberán ser preferiblemente largos, impermeables a los fluidos, resistentes, desechables que impidan al máximo el paso de partículas virales.

Recomendaciones de uso y eliminación:

- ✓ Se retirarán de forma aséptica adecuada en las zonas correspondientes para este fin en bolsa roja.
- ✓ Estos deberán cambiarse de inmediato cuando se presente contaminación visible con fluidos corporales durante el procedimiento.
- ✓ Si no son desechables, en el proceso de lavado y desinfección, utilice solución de hipoclorito de sodio al 0.5%, luego lávelo con abundante agua para evitar que el hipoclorito residual debilite el material.

2. **Guantes** protectores apropiados (látex o nitrilo) para manipular muestras provenientes de pacientes enfermos o sospechosos.

Recomendaciones de uso y eliminación:

- ✓ Los guantes deben cambiarse entre procedimientos, por lo tanto no se deben tocar ni manipular los elementos y equipos que no sean necesarios en el procedimiento. No se deben tocar superficies ni áreas corporales que no estén libres de desinfección, o se les haya hecho desinfección previa.
- ✓ Descartar los Guantes contaminados en Bolsa Roja; después de un procedimiento en el cual la contaminación fue mayor, inactivarlos en un recipiente con hipoclorito al 0.5 % y proceder a descartarlos.

3. **Gafas de seguridad, caretas, u otros dispositivos** de protección cuando sea necesario proteger los ojos y el rostro de salpicaduras, impactos y aerosoles en los procedimientos.

Recomendaciones de uso y desinfección:

El visor de las caretas o las gafas deberá ser desinfectado o renovado entre procedimientos o cuando se presenten signos evidentes de contaminación. Debe colocarse la fecha de desinfección la cual deberá hacerse con hipoclorito al 0.5 % o solución de Dextrán al 5%.

Mantenimiento

- ✓ Lave el visor después de cada uso con agua y solución desinfectante de su preferencia.
- ✓ Seque el visor con pañuelos faciales o utilice toallas desechables.
- ✓ Almacénela en un lugar seguro, en óptimas condiciones de aseo y el fácil acceso para el personal.

4. Uso de **Respiradores N-95** desechables que garantizan la protección necesaria contra material particulado del 95%. Funcionan filtrando el aire por mecanismos de presión negativa al inspirar el aire. Se usan para disminuir la diseminación del virus a través de la respiración, al hablar y al toser; se previene la exposición de las membranas mucosas de la boca y la nariz.

Recomendaciones de uso y eliminación

Cuando se retire el respirador envuélvalo en una toalla desechable, guárdelo en una bolsa de papel con su nombre, impidiendo que éste se aplaste y deforme. Almacénelo en un lugar limpio y seco. No use bolsa plástica ya que retiene la humedad.

- ✓ Los respiradores son desechables pero pueden utilizarse en varias ocasiones si se guardan en forma correcta y hasta un máximo de 3 días consecutivos o 7 días cuando hay uso alterno (días no consecutivos) excepto cuando haya:
 - Pérdida del ajuste del respirador a la cara.
 - Pérdida de calidad del elástico del respirador.
 - Aplastamiento accidental.
 - Contaminación con fluidos corporales.
 - Procedimientos en pacientes sospechosos.
- ✓ No colocarse una mascarilla usada sin guantes y evitando tocar superficies.
- ✓ Deben ser *descartadas en bolsa roja* para su posterior eliminación por el método de su elección.



CRUZ S.

GUÍA TÉCNICA:
"GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1"

Prueba de ajuste:




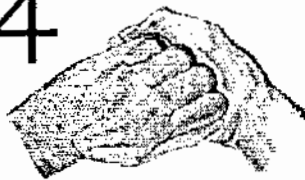


- ✓ Cubrir la mascarilla en su totalidad con las manos, proceder a espirar el aire suavemente, si éste se escapa alrededor de la cara y no por la mascarilla se debe colocar nuevamente y ajustar.
 - ✓ Realizar una inspiración con la que la mascarilla debe deprimirse ligeramente hacia la cara.
5. Uso de **Gorro** desechable para prevenir la entrada y caída de partículas virales contaminadas al uniforme, ya que el cabello facilita la retención y posterior dispersión.

Recomendaciones de uso y Eliminación:

- ✓ Se retirarán de forma aséptica adecuada en las zonas correspondientes para este fin en bolsa roja.
 - ✓ Estos deberán cambiarse de inmediato cuando se presente contaminación visible con fluidos corporales durante el procedimiento.
 - ✓ Deben ser descartados en bolsa roja para su posterior eliminación por el método de su elección.
6. **La retirada de los EPI debe ser realizada en el siguiente orden:**
1. Retirada y eliminación de los guantes
 2. Retirada y eliminación de la bata
 3. Lavado/descontaminación de manos
 4. Retirada y eliminación de las gafas protectoras y gorro
 5. Retirada y eliminación del protector respiratorio o mascarilla
 6. Lavado/descontaminación de manos








Anexo 11
Lavado de Manos

<p>1</p> 	<p>2</p> 
<p>Palma a palma</p>	<p>Palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda Palma izquierda sobre el dorso de la mano derecha</p>
<p>3</p> 	<p>4</p> 
<p>Palma con palma con los dedos entrelazados</p>	<p>Parte posterior de los dedos a la palma opuesta con los dedos "enganchados"</p>
<p>5</p> 	<p>6</p> 
<p>Fricción rotativa del pulgar derecha con la palma de la mano izquierda y viceversa</p>	<p>Fricción rotativa con los dedos juntos hacia atrás y hacia delante de la mano derecha sobre la mano izquierda y viceversa</p>

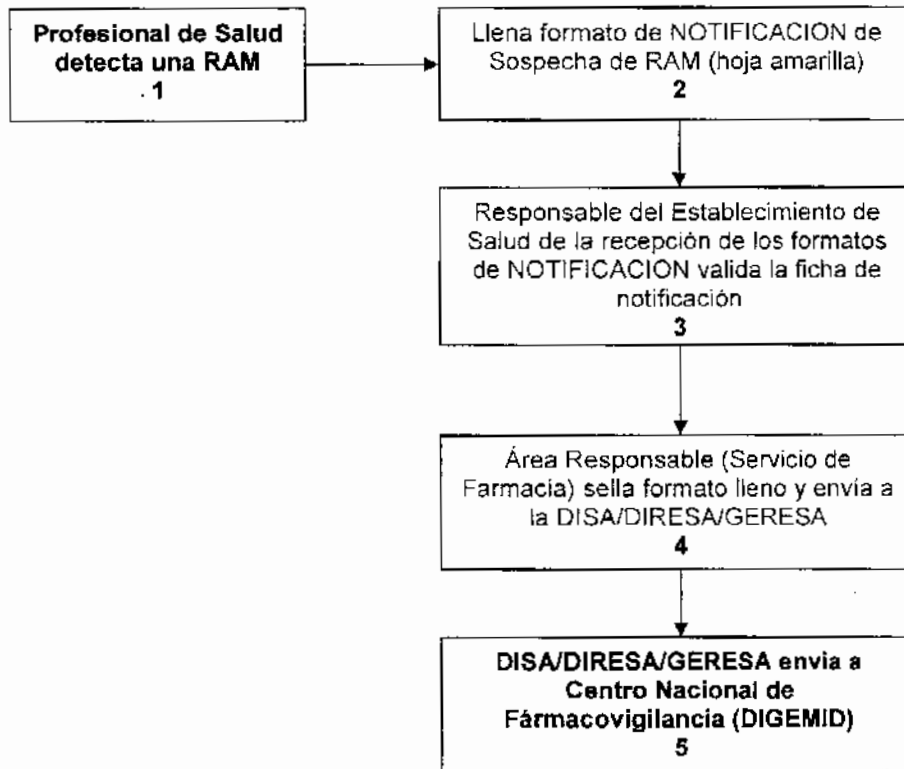


Anexo 12
Uso correcto del Respirador N 95



	<p>1</p> <p>Tome el respirador con los elásticos debajo del dorso de la mano.</p>
	<p>2</p> <p>Colóquelo en la cara, tapando nariz y boca, con el clip nasal sobre la nariz.</p>
	<p>3</p> <p>Con la otra mano, coloque el elástico inferior en el cuello.</p>
	<p>4</p> <p>Ahora lleve el elástico superior a la nuca.</p>
	<p>5</p> <p>Una vez colocado el respirador, moldee el clip nasal oprimiendo con las dos manos, partiendo del centro.</p>
<p>Tomado de: http://sobmex.com/shop/images/coloca.gif</p>	

Anexo 13
Flujograma de Notificación de Sospecha de Reacción Adversa Medicamentosa



ANEXO N° 14
REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

CONFIDENCIAL

DATOS DEL PACIENTE
 NOMBRE DEL PACIENTE
 EDAD SEXO: M o F o PESO HISTORIA CLÍNICA
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD

PERSONA QUE NOTIFICA
 MÉDICO o ODONTÓLOGO o OBSTETRIZ o FARMACÉUTICO o ENFERMERA o OTRO
 NOMBRE
 DIRECCIÓN
 TELÉFONO FECHA

MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

NOMBRE COMERCIAL O GENÉRICO	LABORATORIO	LOTE	DOSIS DIARIA	VIA DE ADMINISTR.	FECHA INICIO	FECHA FINAL
MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN						

REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS

REACCION ADVERSA	FECHA INICIO	FECHA FINAL	EVOLUCIÓN (mortal, Se recuperó, continúa)

OTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, INCLUYENDO AUTOMEDICACIÓN

NOMBRE COMERCIAL O GENÉRICO	DOSIS DIARIA	VIA DE ADMINISTR.	FECHA INICIO	FECHA FINAL	INDICACIÓN TERAPÉUTICA

OBSERVACIONES ADICIONALES RELEVANTES:

.....

INSTRUCTIVO:

1. La información de este reporte es absolutamente confidencial.
2. Se considera una reacción adversa a medicamento (RAM), la respuesta nociva y no intencional que ocurre a dosis normalmente utilizadas del medicamento con fines profilácticos, de diagnóstico, tratamiento o modificación de una función fisiológica.
El abuso, la dependencia e interacciones pueden ser considerados como RAM.
3. Notifique todas las RAM, principalmente las ocasionadas por medicamentos de reciente introducción en el mercado y las reacciones graves o raras.
4. Reporte como medicamento sospechoso el que considera que ha producido la RAM.
5. Si el medicamento en sospecha es genérico, no deje de mencionar el laboratorio fabricante.
6. Para casos de malformaciones congénitas notifique los fármacos tomados durante la gestación.
7. No deje de notificar por desconocer una parte de la información que se solicita.
8. No deje de indicar su teléfono y dirección, para contactarnos con Ud. si es necesario.

