

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
DIVISION TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUIA PROVISIONAL PARA EL MANEJO
INTEGRAL DE LOS CASOS DE
INFECCIÓN POR VIRUS DE
INFLUENZA TIPO A (H1N1)"**

04 DE MAYO DEL 2009

PRESENTACIÓN



El ***Instituto Salvadoreño del Seguro Social*** a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, dependencia que a través del Departamento de Normalización y Estandarización, es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, la **“GUIA PROVISIONAL PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LOS CASOS DE INFECCION POR VIRUS DE INFLUENZA TIPO A (H1N1)”** será el documento normativo que tendrá como objetivo, guiar a los profesionales y personal administrativo involucrados en este proceso, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que prestan este servicio, quienes deberán proceder a su divulgación y cumplimiento obligatorio, según acuerdo de Dirección General No. 2009-01-0011.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'N. Perla', written over a light blue background.

DR. NELSON NOLASCO PERLA
Director General ISSS

B

El conocimiento científico es un recurso que se encuentra -como la realidad misma- en permanente movimiento: crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo y en definitiva, cambia y configura, en toda su dimensión, la Lex Artis escrita; cuya aplicación robustece Nuestro juicio técnico y se materializa en la realidad en el ejercicio de medios que trae implícito el proceso de prestación de los servicios de salud. En este sentido, los documentos regulatorios elaborados por la División Técnica Normativa a través de sus dependencias, buscan elaborar un escrito de valor práctico, por medio del concurso de los profesionales directa e indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándares que permitan proveer a los derechohabientes de una atención de calidad más o menos homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales que laboran en Nuestra Institución.

El proceso de elaboración de estos documentos, implica revisiones bibliográficas exhaustivas en fuentes no sólo actualizadas, sino validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales teniendo como prioridad, la vida y la salud de los derechohabientes.

Probado está que las Ciencias de la Salud, distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo es cuando menos otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia que trae implícito el hecho de que no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades sino que personas. Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales y siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicar todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de Nuestros derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la Institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponemos los individuos que prestamos la atención directa, quienes formamos parte de una larga cadena de actores que continuamente estamos

generando productos intermedios que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

En coherencia con todo lo anterior, debemos estar conscientes de que no hay escrito que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir y un caso particular como lo son todos y cada uno, siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros el actuar de forma coherente con Nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud, entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

Es menester aclarar que ante el inexorable paso del tiempo, que trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucionales, pero mientras eso ocurre y, por lo tanto, todos los profesionales de la salud estamos en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que Nuestro criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por Nuestra Institución.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
DIVISION TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUIA PROVISIONAL PARA EL MANEJO
INTEGRAL DE LOS CASOS DE
INFECCIÓN POR VIRUS DE
INFLUENZA TIPO A (H1N1)"**

04 DE MAYO DEL 2009

E

COMITÉ NORMATIVO

JEFE
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

JEFE DEPARTAMENTO
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN

COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO DE
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN

DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA

DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS FLORES

DRA. IZAYANHET M. DE BAIZA

F

LISTADO DE PROFESIONALES
QUE ELABORARON LA PRESENTE GUIA DE MANEJO

NOMBRE	PROCEDENCIA
Dr. Simón Baltazar Agreda	DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
Dr. Guillermo José Valdés Flores	DEPTO. DE NORMALIZACIÓN Y NORMALIZACIÓN
Dra. Genoveva de Jesús Morales	DEPTO. DE SALUD AMBIENTAL Y EPIDEMIOLOGIA
Dra. Izayanheth M. de Baiza	DEPTO. DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
Dra. Ana Mercedes G. de Hernández	DPTO. DE PREVENCIÓN EN SALUD
Dra. Claudia M. Imbers de Lazo	DEPTO. DE PREVENCIÓN EN SALUD
Dra. Jenny Patricia Solano P.	DPTO. DE FARMACOTERAPIA
Lic. Jaime Roberto Castro A.	DEPTO. DE FARMACOTERAPIA

Índice

I.	MARCO TEORICO:	1
II.	OBJETIVO	1
III.	GENERALIDADES	1
3.1.	DESCRIPCIÓN DE DE LA ENFERMEDAD.	2
3.1.1	AGENTE INFECCIOSO	2
3.1.2	DISTRIBUCIÓN	2
3.1.3	MODO DE TRANSMISIÓN	3
3.1.4	PERIODO DE INCUBACIÓN	3
IV.	DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASO.	3
4.1.	ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA	3
4.2.	CONTACTO	3
4.3.	CASO CLÍNICO:	4
4.4.	CASO SOSPECHOSO:	4
4.5.	CASO PROBABLE:	4
4.7.	CASO DESCARTADO:	4
V.	ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD.	5
VI.	MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	5
6.1	PERSONAL DE SALUD: DEBE VERIFICARSE ESTADO VACUNAL PARA LA INFLUENZA ESTACIONAL, CUMPLIR LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR EN LA TRANSMISIÓN AÉREA, ESTAR CAPACITADO EN EL TEMA, CONOCER Y RESPETAR LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO Y TOMARSE LA TEMPERATURA DOS VECES AL DÍA.	5
6.2	INFRAESTRUCTURA:	6
	ÁREA DE CONSULTA AMBULATORIA PARA ATENCIÓN DE CASOS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA:	6
	ÁREAS DE ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA:	6
	LIMITACIONES Y RESTRICCIONES PARA EL PACIENTE	8
	FAMILIARES Y VISITAS PARA EL PACIENTE	8
6.3	MEDIDAS PARA RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO	9
6.4	TRASLADO DE CASOS AL CENTRO DE ATENCIÓN U HOSPITAL DE REFERENCIA (SI REÚNE CRITERIOS DE TRASLADO).....	9

VII.	CLASIFICACION DE GRUPOS CLINICOS:	10
	ADULTOS	11
	PRIMERA LÍNEA: AMOXICILÍNA: 1GR CADA 8 HORAS POR 7-10 DÍAS	11
	EN CASO DE NEUMONIA LEVE CON CRITERIOS DE INGRESO.....	12
	ADULTOS	12
	MANEJO:	12
	MANEJO EN PEDIATRÍA:.....	13
VIII.	PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL ISSS	14
8.1.	DETECCIÓN DEL CASO SOSPECHOSO.	14
8.2.	NOTIFICACIÓN DE CASO SOSPECHOSO.....	14
8.3.	INVESTIGACIÓN DE CASO SOSPECHOSO.....	14
8.4.	INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS EN LA COMUNIDAD.....	14
8.5.	A NIVEL HOSPITALARIO.	15
IX.	MANEJO DE LAS MUESTRAS CLINICAS POR EL LABORATORIO	16
9.1	TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE CASOS SOSPECHOSOS DE INFLUENZA PANDÉMICA AL CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA DE VIROLOGÍA.....	16
9.2	TIPOS DE MUESTRAS QUE SE UTILIZAN PARA LA DETECCIÓN DEL VIRUS CAUSANTE.	17
9.3	ARTÍCULOS DE USO DE LABORATORIO.....	18
X.	COMPLICACIONES DEL VIRUS DE LA INFLUENZA INTERPANDÉMICA.....	21
XI.	OBSERVANCIA DE LA GUÍA.	22
XII.	VIGENCIA DE LA GUÍA.	22

I. MARCO TEORICO:

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

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

II. OBJETIVO

Sistematizar los lineamientos para el manejo integrado de los pacientes con Influenza pandémica A H1N1, para disminuir la diseminación de la enfermedad entre la población y la Morbimortalidad.

III. GENERALIDADES

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

La gripe porcina es una enfermedad vírica que ataca a los cerdos y que ocasionalmente se transmite a los seres humanos a través de un virus mutado. La gripe porcina o influenza porcina es una enfermedad infecciosa causada por un virus perteneciente a la familia *orthomyxoviridae* y que afecta fundamentalmente a

las poblaciones porcinas. Estas cepas virales son conocidas como Virus de la Influenza Porcina o SIV por las siglas en Ingles de Swine Influenza Viruses. En el mundo circulan 4 subtipos de Virus de Influenza A (H1N1, H1N2, H3N2, y H3N1), en los Estados Unidos el subtipo clásico H1N1 era exclusivamente prevalente entre las poblaciones porcinas antes de 1998, sin embargo desde agosto de 1998 se aislaron también subtipos H3N2, se ha encontrado que la mayor parte de los virus H3N2 tiene material recombinado, con linajes de genes de virus que atacan a los humanos (HA, NA, y PB1) Cerdos (NS, NP, y M) y aves PB2 y PA).

La gripe porcina infecta a muchas personas cada año y se encuentra típicamente en aquellos que han estado en contacto con cerdos de forma ocupacional, aunque también puede producirse transmisión de persona a persona.

3.1. Descripción de de la Enfermedad.

La Influenza (porcina) A H1N1, es una enfermedad respiratoria aguda de origen zoonotico que ha provoca brotes o epidemias en varios países y afectado al humano.

3.1.1 Agente Infeccioso

Es originada por un virus ARN, de la familia de los *orthomyxovirus*. Contiene tres antígenos básicos, que le dan el nombre a los virus tipos A, B y C.

La hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N), son los determinantes antigénicos de influenza A y los que le dan las características clínicas y virológicas. La H participa en el ataque de los virus a las células y la N, contribuye en la penetración del virus.

La nomenclatura para describir el tipo de virus de la influenza es expresado en este orden: (1) tipo de virus, (2) sitio geográfico donde primero fue aislado, (3) número de cepa, (4) año del aislamiento, y (5) subtipo de virus.

3.1.2 Distribución

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

pública.

3.1.3 Modo de transmisión

Para los casos de Influenza porcina actual: el mecanismo de transmisión es a través de las microgotas o aerosoles que se expelen por la producción de Tos, estornudos o por contacto directo con secreciones respiratorias de humanos y porcinos infectados.

El periodo de transmisión va desde 1 a 2 días antes del inicio de los síntomas, en mayores de 12 años, hasta 7 días después de la remisión de la fiebre. En menores de 12 años hasta 21 días después del inicio de los síntomas.

3.1.4 Periodo de Incubación

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

IV. DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASO.

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

4.1. Enfermedad Respiratoria aguda

Es el inicio reciente de una enfermedad por lo menos con dos de las siguientes condiciones:

- a) Rinorrea o congestión nasal.
- b) Dolor de garganta
- c) Tos (con o sin fiebre o febrícula)

4.2. Contacto

Es la persona que ha permanecido a una distancia igual o menor a 6 pies (1 metro 80cm) de una persona sintomática ya sea caso confirmado o sospechoso de influenza (porcina) A H1N1.



4.3. Caso clínico:

Enfermedad respiratoria febril aguda mayor de 38°C con un espectro de enfermedad desde infección respiratoria alta hasta neumonía. Con investigación en la historia clínica de los antecedentes de viaje tomando en consideración aquellos países con notificación de casos de influenza pandémica y/o antecedentes de contacto con personas afectadas con el virus pandémico en los últimos 10 días.

4.4. Caso sospechoso:

Toda persona con una enfermedad respiratoria febril aguda con: Fiebre de inicio súbito igual o mayor a 38° C con uno o más de los siguientes:

- a) Dentro de los siete días posteriores a un contacto con una persona confirmada como caso de influenza porcina
- b) Dentro de los siete días de haber viajado a una región donde hayan existido uno o mas casos confirmados de influenza porcina
- c) Que resida en una región donde haya uno o mas casos confirmados

4.5. Caso Probable:

Individuo con prueba positiva para Influenza A no subtipificable mediante los reactivos utilizados para detectar la infección por el virus de influenza estacional, o un individuo con una enfermedad clínicamente compatible o que falleció de una enfermedad respiratoria aguda no explicada y que se considere que tiene un nexo epidemiológico con un caso probable o sospechoso

4.6. Caso Confirmado:

Persona con enfermedad respiratoria aguda y una infección por el virus de la influenza porcina tipo A (H1N1) confirmada por un laboratorio de los CDC o de referencia Internacional, a través de una o más de las pruebas siguientes:

1. Método RT-PCR en tiempo real
2. Cultivo viral

4.7. Caso Descartado:

Caso sospechoso de influenza en el cual no se haya comprobado la presencia de

virus de influenza por pruebas de laboratorio y/o nexo epidemiológico; o a través de un diagnóstico alternativo que explique la causa de la enfermedad.

V. ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD.

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

- a) Definir la ubicación de las áreas físicas para la valoración de casos sospechosos y para la hospitalización en aislamiento de los pacientes que así lo requieran
- b) Inducir a profesionales, técnicos, servicios de apoyo, lavandería, limpieza, administrativo y de seguridad.
- c) Ubicación, rotulación y adecuación de áreas de aislamiento respiratorio y dotación de los insumos necesarios para valorar los casos sospechosos que le sean referidos, que incluya: Medidas de Bioseguridad para todo el personal que atenderá los casos.

VI. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

6.1 Personal de salud: debe verificarse estado vacunal para la Influenza estacional, cumplir las precauciones estándar en la transmisión aérea, estar capacitado en el tema, conocer y respetar las medidas de aislamiento y tomarse la temperatura dos veces al día.

Capacitarse sobre toma de muestras Clínicas.

Manejar apropiadamente el equipo de asistencia al enfermo y manejo de ropa de cama, sucia.

Utilizar gabacha, Gabachon, guantes no estériles, respirador N95 (o en su defecto mascarilla quirúrgica), calzado cerrado, lavado de manos constante (de preferencia jabón líquido), en Base a las recomendaciones de la "Guía de atención clínica para la influenza pandémica"

6.2 INFRAESTRUCTURA:

Área de consulta ambulatoria para atención de casos de enfermedad respiratoria:

- a. El Consultorio deberá estar apartado del resto de consultorios y se exclusivo para la atención de casos sospechosos, adecuadamente ventilado, al cual debe ser derivado inmediatamente cada paciente febril con síntomas respiratorios agudos.
- b. Debe equiparse con el mínimo de muebles posible. El equipo médico debe reservarse para este consultorio únicamente y no puede trasladarse hacia la consulta general.
- c. Limpiar los utensilios con alcohol gel luego de evaluar cada paciente
- d. Con cada cambio de turno Enfermería se encargará de limpiar equipo médico y mobiliario.
- e. El personal de limpieza debe realizar la limpieza del consultorio cada 6 horas al menos.
- f. Disponer de los recursos humanos y materiales designados para dicha área siguiendo medidas de Bioseguridad sin ser reasignados a otras áreas de atención al paciente.
- g. Recolección de muestras y dispensación de medicamentos: cada centro de atención designara al personal de salud responsable para toma de muestras en área donde permanezcan los pacientes así como la dispensación de medicamentos con el fin de evitar contactos innecesarios y exposición a nuevos contactos

Áreas de atención Intrahospitalaria:

- a) Las condiciones del **área de aislamiento** serán las siguientes:
 - Entrada :
 - Señalización apropiada: Rotulo
 - Colocar Hoja de control de entradas en la puerta del área de aislamiento.
 - Antesala:
 - Colocar recipiente con tapadera para descartar ropa o material

- que requiera esterilización
- Zona de desinfección
- Mantener alcohol gel en antesala
- Mantener ropa de cama de reserva disponible en la antesala
- Área de aislamiento:
 - Sacar todos los muebles que no sean necesarios
 - Zona ventilada claramente separada de otras zonas asistenciales utilizadas para pacientes que no estén infectados
 - Mantener al alcance alcohol-gel tanto para personal medico como para pacientes o cuidadores de pacientes
 - La distancia entre las camas debe ser mayor de 1 metro y preferiblemente con una barrera física
 - Siempre que sea posible, el personal asignado a las unidades de asistencia a enfermos agrupados serán personal capacitado y exclusivo para la atención de estos pacientes. No serán asignados a otras zonas de asistencia a otros pacientes.
 - El número de personas que entren en el área de agrupamiento de enfermos se limitará al mínimo necesario para prestar asistencia y apoyo al enfermo
 - Las puertas deben permanecer cerradas todo el tiempo, aún con presión negativa si dispone de ella.
 - El expediente Clínico debe permanecer afuera de la unidad en todo momento.
 - La toma de radiografías deberá ser portátil, idealmente La máquina de Rayos X deberá ser exhaustivamente limpiada con alcohol 70 C, detergente amonio cuaternario o detergente enzimático, en forma inmediata al abandonar los cubículos de aislamiento.
 - En los lugares en donde no se cuente con sistema portátil de Rayos X, partiendo que se trata de un caso complicado, se podrá prescindir de las imágenes pero apoyándose en la Clínica y otros recursos diagnósticos.

- Continuar con otras medidas y precauciones estándar para prevenir infecciones nosocomiales
- Reducir al mínimo las pertenencias personales del paciente
- Realizar lista de verificación y mantenerla en la antesala
- Cambio de cuidadores de niños ingresados deberá realizarse cada 12 horas y no se permitirán visitas de familiares.

Limitaciones y restricciones para el paciente

- a. El paciente en aislamiento no deberá salir de su unidad, salvo motivo de fuerza mayor (traslado o riesgo de muerte).
- b. Si es del caso deberá realizarse baño en cama.
- c. Se recomienda preferiblemente que no se trasladen al inodoro aunque estén en condición de hacerlo (variable según necesidad y condiciones)
- d. Los materiales usados en su limpieza se deberán descartar en el basurero de residuos Bioinfecciosos.

Familiares y visitas para el paciente

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

familiar, exigiendo que no deambule libremente por el área.

- e) Serán instruidos sobre el manejo de contactos de pacientes con Influenza a nivel domiciliar.

6.3 Medidas para recolección y transporte de las muestras de laboratorio.

- 1) El uso de guantes desechables y mascarilla o cubre bocas es obligatorio.
- 2) Las muestras deberán ser enviadas en triple embalaje, cerrado debidamente rotulado, depositadas en recipientes herméticos, acompañado de las boletas respectivas (dentro de sobre o bolsa plástica)
- 3) Las muestras saldrán de los Centros de Atención tal y como lo establecen las normas.
- 4) Las solicitudes de laboratorio deberán ir adecuadamente identificadas. el traslado deberá ser expedito y personal para este efecto se requerirá el uso de guantes.
- 5) El área necesaria para la recolección se deberá limpiar en forma minuciosa al menos una vez cada turno con una solución de hipoclorito de sodio al 2.5%.

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

- a) Una vez que el caso ha sido evaluado por personal de salud calificado y clasificado como sospechoso, deberá ser trasladado al centro médico de referencia correspondiente.
- b) El personal que realice el traslado debe contar con equipo de Bioseguridad (mascarilla, guantes) lentes de seguridad que el personal debe utilizar durante el traslado del paciente.
- c) Previo traslado se debe coordinar con el Centro de Atención u Hospital de referencia, para que los responsables estén listos para recibir al paciente.

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

VII. CLASIFICACION DE GRUPOS CLINICOS:

Los pacientes se presentaran en cualquier estadio, sin embargo para fines de esta guía se diferenciarán por el nivel de gravedad del paciente al momento de la detección o consulta, estos grupos se conocerán como grupo 1, grupo 2, y grupo 3.

7.1.1 **Grupo 1: NO NEUMONÍA.** Como sintomatología presenta una morbilidad de inicio súbito, fiebre mayor o igual a 38°C, tos o dolor de garganta, puede haber otros síntomas de un síndrome de tipo gripal, sin otra causa que explique los síntomas, sin evidencia de neumonía o insuficiencia respiratoria, con historia de contacto con cerdos y /o humanos posiblemente infectados, viajes realizados a sitios endémicos, el manejo es ambulatorio sintomático, no se requieren exámenes de laboratorio o gabinete para el manejo de este tipo de pacientes.

Se darán recomendaciones específicas para:

- Medidas de aislamiento en el hogar
- Terapia de soporte: ingesta de abundantes líquidos y adecuada nutrición en el hogar
- Analgésicos: Acetaminofen 10 mg/kg/dosis en niños y 500 mg cada 6 horas en adultos. No debe administrarse aspirina o productos que contengan salicilatos por el riesgo de Síndrome de Reye
- Recomendaciones para pacientes y contactos en el hogar:
 - ✓ Cubrir nariz y boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar.
 - ✓ Si no tiene pañuelo utilice el ángulo del codo.
 - ✓ Lavarse las manos con agua y jabón después de toser o estornudar.
 - ✓ Evitar asistir a lugares concurridos.
 - ✓ Aislamiento domiciliar estricto al menos 7 días luego del inicio de la enfermedad.

- ✓ Evitar saludar de mano o de beso, cuando esté enfermo
- ✓ Evitar escupir en el suelo y en otras superficies expuestas al medio ambiente,
- ✓ Al utilizar un pañuelo o lienzo y desécharlo en bolsa de plástico cerrada.
- ✓ No compartir vasos, platos y/o cubiertos ni alimentos y bebidas
- ✓ Seguir las recomendaciones del médico y no se auto medique.
- ✓ Orientación de cuando debe regresar al establecimiento de salud: Taquipnea, dificultad respiratoria, tirajes, estridor en reposo, aleteo, cianosis, letárgica o inconsciencia y /o signos de peligro en niños: no pueden beber o tomar el pecho, vomita todo, presenta convulsiones, letárgico o inconsciente

7.1.2 **Grupo 2: NEUMONÍA LEVE.** Presentan sintomatología igual a la del grupo 1, más: Dificultad respiratoria leve, Taquipnea, Estertores crepitantes inspiratorios, manejo es ambulatorio con medidas de aislamiento en el hogar, con valoración de ingreso si hay riesgo añadido (Deshidratación grave, menores de 6 meses con Taquipnea, embarazadas, Cardiopatías, Enfermedades pulmonares crónicas, Enfermedad renal o hepática, etc.) se indicaran nuevos exámenes de laboratorio según criterio medico. Como terapia de soporte se indicaran: líquidos orales abundantes y una nutrición adecuada en el hogar, orientando sobre drenaje de secreciones y palmopercusión

MANEJO: Todas las medidas indicadas para el grupo 1 más:

ANTIBIOTICOS:

No se recomienda su uso rutinario ni profiláctico. Ante la evidencia de infección bacteriana sobreagregada, considerar el uso de antibióticos siguiendo los criterios de tratamiento empírico de neumonía adquirida en la comunidad.

ADULTOS

Primera línea: Amoxicilina: 1gr cada 8 horas por 7-10 días

Segunda línea: (Alergia o intolerancia) Claritromicina: 500 mg cada 12 horas por 7



días.

Tercera línea: (Respuesta insatisfactoria después de 3 días de manejo con cualquiera de las dos líneas anteriores) Doxiciclina: 100 mg cada 12 horas por 8-10 días

PEDIATRIA:

1. Amoxicilina: 80mg/kg/día según guías de manejo en pediatría
2. Claritromicina: a dosis 15 mg/kg/día por 7 días
3. Cefadroxilo: 30 mg/kg/día en 2 dosis por 7 días

EN CASO DE NEUMONIA LEVE CON CRITERIOS DE INGRESO

Adultos

Penicilina Sódica: 18-24 millones UI EV cada 24 horas dividida en 4 dosis por 7-10 días.

Niños:

Penicilina Sódica 200,000U/kg/día EV dividida en 4 dosis por 7-10 días.

7.1.3 **Grupo 3: NEUMONÍA GRAVE.** Sintomatología del grupo 2 más: Tirajes subcostales y diafragmáticos severos, Estridor en reposo, Aleteo nasal, Cianosis, Saturación de Oxígeno menor al 92% al aire ambiente, Letárgica o inconciencia, Hipotensión; en niños: No puede beber o tomar el pecho, Vomita todo, Presencia de convulsiones, Letárgica o inconciencia y otros síntomas adicionales que el médico considere agraven el cuadro Clínico, en este grupo el medico indicara los exámenes de laboratorio y gabinete que considere necesarios para tener una mejor evidencia Clínica del paciente, el manejo es hospitalario. El alta hospitalaria se brindara cuando el paciente tenga: 24 horas sin fiebre, mejoría Clínica de acuerdo a su condición de ingreso, buena tolerancia oral, ausencia de dificultad respiratoria o deshidratación grave, la terapia con antibióticos y antivirales pueda ser continuada en el hogar.

MANEJO:

Manejo hospitalario de caso sospechoso grupo 2:

- a. Ingresar al paciente en el área de aislamiento designado para el manejo clínico.
- b. En relación a la Bioseguridad de los funcionarios de salud y del paciente, se deberá seguir la normativa institucional vigente para tal efecto.

Manejo de soporte según evaluación individual del caso. Antibioticoterapia según el siguiente esquema:

Primera línea: Ceftriaxona: 2 gramos IV cada 24 horas por 7 -10 días. En caso de sospecha de Neumonía Atípica agregar Claritromicina 500 mg v.o cada 12 horas por 7-10 días

Segunda línea: Ampicilina-Sulbactam: 1.5-3.0 gr cada 6 horas EV por 7-10 días.

Al aislar o identificar agente específico utilizar antibiótico según antibiograma.

Oxigenoterapia de acuerdo a hipoxemia

Inmunomoduladores- Corticosteroides: En forma rutinaria no se recomienda el uso de esteroides excepto 2 condiciones puntuales:

- Choque séptico persistente
- Sospecha de insuficiencia adrenal

Manejo en pediatría:

Valoración integral, estabilización y referencia a centros que el Ministerio de Salud designe para ello según la evolución de la epidemia.

ANTIVIRALES SE ADMINISTRARAN SEGÚN SE GENEREN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y SE CUENTE CON LOS AGENTES FARMACOLOGICOS REQUERIDOS PARA LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE Y PERSONAL DE SALUD DEL INSTITUTO.

VIII. PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL ISSS

8.1. Detección del caso sospechoso.

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

8.2. Notificación de Caso sospechoso.

Los casos sospechosos deberán ser notificados en forma inmediata de acuerdo a la "Norma Nacional de Vigilancia Epidemiológica". El personal de salud deberá notificar vía telefónica al epidemiólogo local y al Depto. de Salud Ambiental y Epidemiología del ISSS, así como al SIBASI, Región y este a la Unidad de Epidemiología del MSPAS de Manejo de la Posible Pandemia de Influenza.

8.3. Investigación de Caso sospechoso.

La investigación epidemiológica del caso sospechoso de Influenza se debe realizar de forma inmediata, tomando en cuenta la posibilidad de transmisión de cada caso. Los miembros del Comité de Epidemiología del establecimiento correspondiente deben realizar la investigación de campo, siguiendo las medidas de Bioseguridad. El informe elaborado debe ser enviado antes de las 24 horas posteriores a la investigación a las autoridades correspondientes según nivel de atención tanto del ISSS como al Ministerio de Salud.

8.4. Investigación de contactos en la comunidad.

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

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

- b) Si se requiere valoración clínica por un especialista de la persona identificada como contacto debe ser referida al centro de Atención correspondiente.
- c) Notificación de los casos sintomáticos que aparezcan entre los contactos de un enfermo en forma inmediata.
- d) Educación a la comunidad y otros actores sociales sobre la situación existente.

8.5. A nivel hospitalario.

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

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

- 1) Notificación al epidemiólogo local que corresponde y al Departamento de Salud ambiental y Epidemiología de la presencia de casos sintomáticos en forma inmediata.
- 2) Búsqueda activa de contactos en el personal de salud que labora en el hospital que ha mantenido contacto estrecho con los pacientes con influenza pandémica.
- 3) Coordinación con el Comité de Infecciones Intrahospitalarias y Comité de desechos sólidos, para que se refuercen las medidas de Bioseguridad dentro del hospital. **Los comités de Epidemiología, Infecciones Intrahospitalarias y Desechos sólidos**, deberán monitorear las medidas de Bioseguridad con el fin de evitar la transmisión a nivel hospitalario.
- 4) Medidas de prevención y control
 - a) Fortalecer la vigilancia de las enfermedades respiratorias mediante el análisis de los casos en el Comité Hospitalario de Epidemiología.
 - b) Capacitar al personal de salud (profesionales, técnicos y servicios

de apoyo) sobre la etiología y las medidas de Bioseguridad.

- c) Establecer programas de promoción para el personal y pacientes que asisten al hospital con el fin de detectar oportunamente la presencia de casos y evitar la propagación.

IX. MANEJO DE LAS MUESTRAS CLINICAS POR EL LABORATORIO

- 1) La confirmación diagnóstica de los casos sospechosos es por laboratorio. Se recolectará las muestras de secreciones respiratorias entre los primeros 2 a 3 días del inicio de la enfermedad para la determinación por cultivo viral o por el método RT-PCR, desde el inicio de los síntomas y antes del tratamiento antiviral. Una vez confirmada la circulación del virus pandémico en la localidad, se iniciará la vigilancia del mismo en localidades aledañas y se notificará en base a la clínica y el nexo epidemiológico.
- 2) Las medidas de control no deben postergarse hasta tener el resultado de laboratorio, sino que debe hacerse en forma inmediata a la detección del caso. La toma de las muestras debe hacerse por personal médico, enfermería o el personal designado para ello de los establecimientos de salud que estén habilitados, con medidas de Bioseguridad y se envían inmediatamente al laboratorio nacional de referencia.
- 3) Para la toma de muestras y procedimientos de rutina, el personal de laboratorio de los establecimientos de salud, deben guardar las medidas de Bioseguridad establecidas por la sección de laboratorios.

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

1. El Laboratorio de referencia de nivel Nacional suplirá a los establecimientos de salud designados para la atención de pacientes sospechosos de influenza pandémica, los medios de transporte y contenedores recomendados para el traslado seguro de las muestras.
2. A todo caso sospechoso de influenza pandémica que cumpla los criterios debe tomarse una muestra para la detección del virus causante de esta enfermedad y enviar, cumpliendo las normas de bioseguridad

correspondientes.

3. Las muestras deben ser recolectadas tan pronto se sospeche la enfermedad, (**dentro de las primeras 48 a 72 Horas**) pues la posibilidad de detectar el virus disminuye al aumentar los días de evolución.
4. Una vez tomada la muestra se debe enviar en forma inmediata al laboratorio de referencia y comunicar el envío.
5. Toda muestra debe ser acompañada por la respectiva solicitud de procesamiento de muestras y debidamente identificada.

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

La selección del tipo de muestra a tomar dependerá de la gravedad del caso, condición del paciente, el lugar en donde se encuentre el paciente al momento de la detección (al primer contacto) y el material disponible. Usualmente se utilizará Hisopado faringeo en dos tubos con medio de transporte Viral (MTV)*, pudiendo utilizarse según cada caso:

- a. Aspirado nasofaríngeo, en dos tubos con medio de transporte Viral (MTV)*.
- b. Muestra de esputo, en un frasco de Tuberculosis sin medio de Transporte Viral*.
- c. Muestras de sangre con EDTA*.
- d. Muestras de suero. (sin anticoagulante) en fase aguda y muestra en fase convaleciente (entre el día 21 y 28° de inicio de síntomas)*.
- e. Hisopado Rectal en un tubo con medio de transporte Viral (MTV) si hay diarrea*.

Después de manejar muestras se deberá de descartar el material desechable en un depósito para desechos Bioinfecciosos.

*Para el procedimiento Técnico se dará cumplimiento al "Manual de procedimientos técnicos y Bioseguridad de la toma, manejo y envío de muestras para la confirmación de la Influenza pandémica en humanos H5N1".MSPAS, Mayo 2008.

UNA VEZ INSTALADA LA PANDEMIA, SE VUELVE INNECESARIA LA TOMA DE MUESTRAS CON FINES CONFIRMATORIOS.

9.3 Artículos de uso de laboratorio

- a) Termos para transporte de muestras
- b) Tubos vacutainer, envases para cultivo viral

1. Consideraciones Específicas:

Sobre la Vajilla y residuos alimentarios

- i. Se requiere vajilla desechable preferiblemente.
- ii. Los sobrantes de líquidos se deben procesar de acuerdo con la normativa existente.
- iii. Los residuos sólidos deberán ser eliminados en la bolsa de basura roja al igual que todos los utensilios (platos, vasos, cucharas, tenedores y demás) y se sacarán de la zona de aislamiento de acuerdo con la norma vigente.

2. Ropa del paciente

- a. La ropa usada de uso hospitalario que sea reutilizable sera recolectada usando técnica de doble bolsa, la canasta se ubicara dentro del área.
- b. La ropa se deberá disponer directamente a la canasta una vez retirada.
- c. La bolsa se cerrará y retirará una vez que esté llena al nivel de 2/3 partes.
- d. Debe evitarse el contacto de la ropa sucia con el cuerpo del trabajador.
- e. La ropa se retirará de la unidad y se trasladará de acuerdo con la norma institucional.

3. Desechos sólidos.

- a) Los basureros deben estar dentro del área de aislamiento, bien identificados y con bolsa de residuos bioinfecciosos, y estar siempre bien tapados.
- b) Los desechos deberán segregarse directamente en el basurero.
- c) La bolsa deberá ser cerrada en forma segura cuando alcance las dos terceras partes de su capacidad para su facilitar su transporte tal y como

lo establece la norma y evitar aperturas o rupturas.

4. Desinfección y limpieza de la unidad.

- a) Cada cubículo o área deberá ser limpiado en forma individual; el trapeador será preferiblemente de uso exclusivo para cada unidad.
- b) Al final de la limpieza el paño se deberá colocar en una solución clorada de acuerdo con la norma por al menos 10 minutos; cuando se vaya a reutilizar deberá ser escurrido preferiblemente con equipo o cubetas de doble balde sin usar las manos aun cuando tengan guantes.
- c) Se recomienda cambiar la solución para su limpieza al menos una vez cada turno.
- d) Cada unidad en que se encuentren los pacientes deberá ser profunda, detallada y minuciosamente limpiadas para procurar disminuir las infecciones concurrentes.
- e) Cada unidad deberá estar bien ordenada y con la menor cantidad de objetos, limitando el ingreso de objetos provenientes de su hogar, para procurar la disminución de las infecciones asociadas a partir de los objetos contaminados

5. Salida del personal de la unidad

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

6. Manejo de contactos

- a. Deben vigilarse al personal que presta Atención directa a los pacientes por 7 días enfatizando en la toma de la temperatura dos veces al día y buscando síntomas respiratorios.
- b. A los contactos de los casos se les recomendará la permanencia en casa durante el curso de la enfermedad y tendrán que ser atendidos por miembros de la familia, la no asistencia a sus lugares de trabajo, escuelas, centro académico u otro tipo de lugar público.

- c. Se extenderá una incapacidad si laboran.
- d. Ante la presencia de síntomas respiratorios durante los próximos 3 días se deberá acudir al centro asistencial más cercano y solicitar la evaluación correspondiente; es obligatorio notificar previamente al personal de salud el antecedente de exposición a personas con Influenza.

7. Manejo de cadáveres:

- a) Los cadáveres deben de manipularse con equipo protector completo.
- b) Los familiares deben de recibir instrucciones precisas.
- c) El cuerpo será colocado en una bolsa que por la seguridad de los familiares no se debe abrir.
- d) El funeral debe de ser lo más rápido y sencillo posible, evitando conglomerados y la repartición de comida o bebidas.
- e) Se desinfectaran las pertenencias y objetos que estuvieron en contacto con la persona fallecida (mesas, cama, muebles, piso). Utilizando para ello 2 cucharadas soperas de cloro por cada 10 litros de agua.
- f) Se sugerirá descartar la ropa utilizada por el paciente a nivel ambulatorio.

8. Servicios de apoyo

Los funcionarios que brindarán servicios de apoyo al paciente (laboratorio, rayos x, terapia respiratoria, limpieza, asistente de pacientes entre otros), deben utilizar las medidas de bioseguridad y utilizar mascarilla N95 o N99, bata y /o gabachon, guante desechable y anteojos si fuera necesario en caso de ingreso al cuarto del paciente.

9. Medidas de Educación y Prevención Intrahospitalaria:

- 1) Educación: El Comité de Epidemiología y la Comisión de Infecciones Intrahospitalarias deberán de asegurar que los pacientes con influenza pandémica, familiares y el personal de salud en los diferentes servicios hospitalarios conozcan las medidas de bioseguridad para evitar la transmisión de la enfermedad, y además establecer sus responsabilidades.
- 2) La Comisión de Control de Infecciones Nosocomiales garantizará mediante

el Cumplimiento de las medidas de bioseguridad la no transmisión de la enfermedad intrahospitalariamente.

X. COMPLICACIONES DEL VIRUS DE LA INFLUENZA INTERPANDÉMICA.

La influenza puede exacerbar condiciones médicas de fondo y puede llevar a neumonía secundaria bacteriana o causar neumonía viral primaria.

Grupos de riesgo:

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

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

XI. OBSERVANCIA DE LA GUÍA.

La Vigilancia de la **GUIA PROVISIONAL PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LOS CASOS DE INFECCION POR VIRUS DE INFLUENZA TIPO A (H1N1)**, corresponde a las Direcciones de los Centros de ATENCIÓN DEL ISSS y a todo el personal que labora para la Institución y que se encuentra directa o indirectamente relacionado con las actividades que la respuesta institucional ante la pandemia vuelvan necesarias según su ámbito de competencia.

XII. VIGENCIA DE LA GUÍA.

La presente guía entrará en vigencia de forma inmediata con la firma de las autoridades respectivas, sustituyendo así a todos los instructivos y lineamientos elaborados anteriormente.

San Salvador, 04 de Mayo del 2009

Revisión:


Dr. Guillermo José Valdés Flores
Jefe Depto. Normalización y Estandarización.



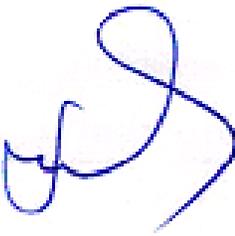

Dr. Simón Balazar Agreda
División Técnica Normativa




DR. JOSÉ EDUARDO AVILÉS FLORES
Subdirector de Salud ISSS

Autorizado por:




DR. NELSON NOLASCO PERLA
Director General ISSS

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- ☑ Guía de Atención Clínica para la influenza Pandémica.
- ☑ Preparación de los Establecimientos de Salud ante Caos Inusitados, Imprevistos o Conglomerados de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).
- ☑ Manual de Procedimientos Técnicos y Bioseguridad de la Toma, Manejo y Envío de Muestras para la Confirmación de Influenza Pandémica en Humanos H5N1.





DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2009

LigiaLima/