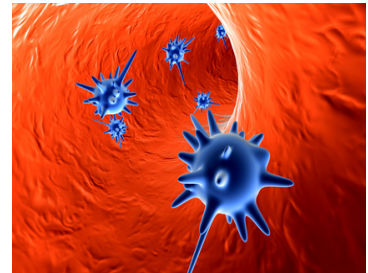




BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO
Hospital Pediátrico
"Dr. A. L. Castellán"

Boletín N° 6, reactualización, 13 de Julio 2009

Actualización nueva Influenza A H1N1



Autoridades local:

Director Administrativo: Dr. Ernesto Ruíz Díaz

Directora Médica: Dra. Mónica B. Ohse

Jefe de Docencia e Investigación: Dra. Graciela Martín

Coordinadora de C. E. y emergencia Dra. Liliana
Ensisa



Temas	página
Reporte Epidemiológico	3
Definición de caso sospechoso	5
Características Epidemiológicas de la Infección H1N1	6
Vía de transmisión y sobrevivencia del virus	6
Manifestaciones clínicas	6
Diagnóstico	7
¿A quién hay que tomarle la muestra para el diagnóstico	7
Manejo del paciente sospechoso	7
Tratamiento	8
¿A quién debemos indicar tratamiento?	8
Quimioprofilaxis	9
Dosis recomendada para tratamiento	9
Conducta ante paciente sospechoso de Influenza A (H1N1)	10
Centros de dispensación de Oseltamivir	10
Situación de las Enfermedades Respiratorias en la Provincia del Chaco	11
Instructivo de toma de muestras	11
Almacenamiento	12
¿Hay alguna vacuna para el hombre que proteja de la Nueva Gripe A	12
Vigilancia y monitoreo de personas enfermas	13
Medidas generales para la prevención de la gripe	13
Fuentes	15



Revisión: ECI Lic. Sánchez Gladis M./Dra. Cristina Euliarte/Dra. Marys K. de Macarrein, colaboración: Dra. Graciela Martín

Re-Actualización nueva influenza A H1N1. Reporte Epidemiológico

El 11 de junio de 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elevó el nivel de alerta de pandemia de influenza desde la fase 5 a la fase 6, que se caracteriza por la propagación sostenida del virus de persona a persona en más de una región de la OMS (las regiones son 6: África, América, Europa, Mediterráneo Oeste, Pacífico Oeste, Sudeste Asiático).

Fase 6 - Fase Pandémica: el brote se ha registrado en más países de distintas regiones. La pandemia ya está en marcha; ya no se puede prevenir si no solo tratar de controlarla.

Al 26 de junio de 2009, 117 países han confirmado oficialmente 67.895 casos de infección humana por el virus de la influenza A (H1N1) con 309 fallecidos. América concentra la mayor cantidad de casos con 52.592 confirmados y 303 fallecidos.

Argentina reportó en la misma fecha 1517 casos confirmados por laboratorio con 26 fallecidos.

En este momento la realidad del país es que en todas las regiones se encuentran en mitigación por libre circulación del virus.

Al 11 de julio de 2009, 133 países han confirmado oficialmente 113.293 casos de infección humana por virus Influenza A (H1N1) con 562 fallecidos.

A la fecha del 11 /07/09, ANLIS "Carlos G Malbran" confirmó 2.928 casos y se descartaron 2.351. Con 94 fallecidos.

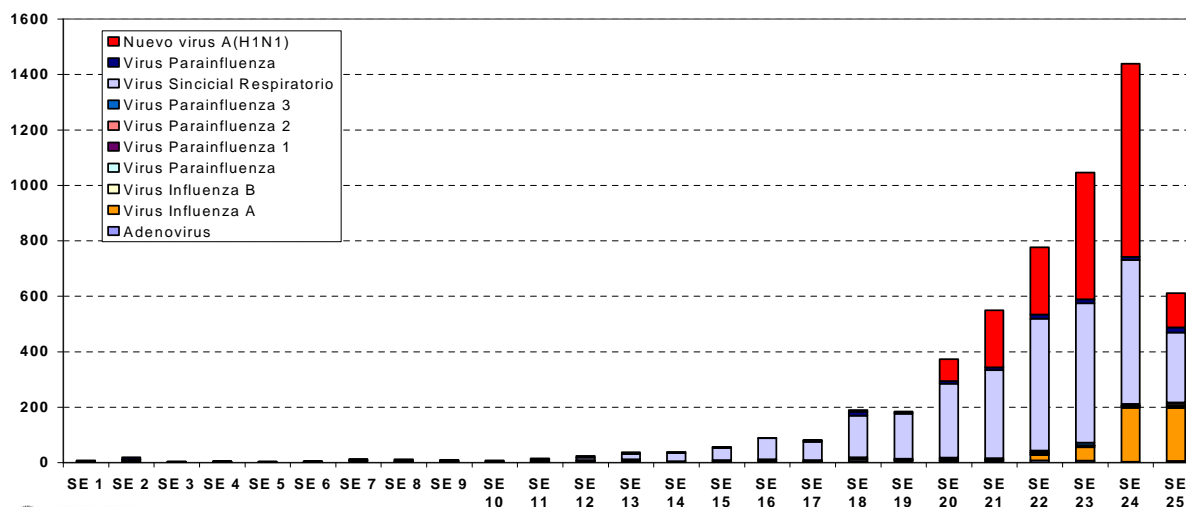
Distribución de casos confirmados y fallecidos en el país por jurisdicción.

Jurisdicción de Residencia	Confirmado	fallecidos
CAP.FED. (G.C.B.A.)	998	10
BUENOS AIRES.	842	50
Área Metropolitana sin especificar jurisdicción	155	1
SANTA FE	147	26
T. DEL FUEGO	148	
Neuquén	83	1
Santa Cruz	45	
CORDOBA	58	
ENTRE RIOS	52	1
LA PAMPA	54	
CORRIENTES	36	
SAN JUAN	32	1
SGO. DEL ESTERO	24	
TUCUMAN	32	
CHACO	34	
RIO NEGRO	32	1
MISIONES	26	3



CHUBUT	21	
SALTA	24	
FORMOSA	39	
SAN LUIS	12	
MENDOZA	11	
JUJUY	20	
CATAMARCA	1	
LA RIOJA	2	
Total	2.928	94

DISTRIBUCION DE RESULTADOS DE VIRUS RESPIRATORIOS NOTIFICADOS POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA ARGENTINA 2009



La OMS ha calificado la pandemia por el momento como de gravedad moderada, (que se basa en la información clínica y epidemiológica y datos respecto al impacto en sus sistemas de salud), la que puede variar en función de muchos factores y de un país a otro.

Los datos disponibles indican que la mayoría de los pacientes presentan síntomas leves y se recuperan completamente y con rapidez a menudo sin haber recibido tratamiento.

El nuevo virus infecta preferiblemente a los más jóvenes, en menores de 25 años, alrededor del 2% de los casos en algunos de los países afectados ha sido grave progresando rápidamente hacia una forma potencialmente mortal de Neumonía.

Muchos casos graves pero no todos, se han dado en personas que ya sufrían alguna afección crónica. En una publicación preliminar se informó que de acuerdo a los estudios filogenético este virus sería resultante de la



INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

reasociación del linajes de varios virus que han estado circulando en los porcinos en los últimos años , previo al surgimiento en le, hombre. La transmisión de este virus se inicio en el ser humano varios meses antes a la detección del brote.

La OMS ha clasificado a los países en 3 categorías según su situación con respecto a la identificación de casos del nuevo virus de influenza A H1N1 y la diseminación que ha alcanzado.

- ✓ Países con transmisión comunitaria extensa.
- ✓ Países en los que no se han comunicado casos de infección pandémica.
- ✓ Países en transición.

La Argentina tiene 2 categorías de transmisión:

1º) transmisión extensa, con base en la cantidad de casos confirmados, los grupos de edad afectado, distribución de los mismos y la imposibilidad progresiva de establecer un nexo claro entre ellos

2º) Área sin transmisión extensa o de transición.

Por lo tanto la definición de casos sospechoso la recomendaciones de tratamiento diagnósticos y quimioprofilaxis de los contactos varían de acuerdo a la categoría de transmisión.

La evaluación realizada por la OMS de los casos de Influenza de los diferentes países, es la ocurrencia de los casos graves y defunciones entre la población joven incluidas personas previamente sana y personas con afecciones preexistentes y embarazadas. En muchos países aún no se conocen todas las manifestaciones clínica posible de la enfermedad,

Por eso la vigilancia atenta y puntual de la situación y el intercambio regular de esa información con la OMS durante el periodo pandémico, son fundamentales para que ésta modifique su evaluación de la gravedad en el futuro.

La Argentina estableció una política de contención enérgica para intentar limitar la propagación de la infección y realizar acciones ampliadas, actualmente con la transmisión extensa y sostenida han aplicado la estrategia de **mitigación**.

En la situación actual de la Argentina y hasta el 10 de Julio.

Definición de caso sospechoso

Toda persona que presente enfermedad respiratoria aguda febril (> 38° C) en un espectro que de enfermedad tipo influenza a neumonía.

Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

Aparición súbita de fiebre superior a 38° C y tos más dolor de garganta y/o congestión nasal y/o dolor de cabeza y/o dolores musculares

No se puede definir ETI en los menores de 5 años con el espectro de síntomas en forma completa, se debería considerar al menos fiebre, tos y/o congestión nasal. .

Neumonía

✓ Neumonía:

- Fiebre > de 38° C y
- Tos o dificultad respiratoria (más de 60 respiraciones/min en menores de 2 meses, más de 50 resp/min entre los 2 y 11 meses y más de 40 resp/min entre los 12 meses y 5 años de edad)
- Clínica y Radiología compatible.

- ✓ **Neumonitis o neumonía intersticial:** signos de neumonía con un patrón radiológico de infiltrados uni o bilaterales difusos.

Bronquiolitis

INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA



Síndrome obstructivo, no restrictivo prevalente en menores de 2 años y especialmente en menores de 1 año, que cursa habitualmente con: tos, espiración prolongada, sibilancias y generalmente afebril.

Características epidemiológicas de la infección por H1N1:

Período de Incubación: se desconoce con precisión, se estima un rango de 1 a 7 días, más probablemente entre 1 y 4 días.

Periodo de contagiosidad: desde un día antes hasta 7 días después del inicio de los síntomas o hasta la resolución clínica del cuadro agudo.

La persistencia de tos secundaria a hiperreactividad bronquial no debe considerarse como caso clínico no resuelto.

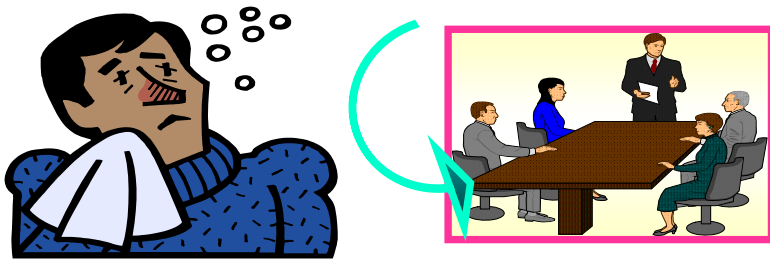
Los niños pueden ser contagiosos por periodos más largos al igual que los inmunocomprometidos y los pacientes graves.

Vía de Transmisión y sobrevivencia del virus

El virus se propaga por contacto con secreciones respiratorias, gotas. Se puede transmitir por objetos contaminados. La supervivencia del virus es de 24 a 48 hs en superficies no porosas, 8 a 12 hs. en telas, tejidos y papel; y 5 minutos o más en las manos.

La transmisión por contacto ocurre tanto por contacto **directo** (contacto físico entre el individuo colonizado o infectado y el huésped susceptible) como por contacto **indirecto** (transferencia pasiva de microorganismos a través de un objeto intermedio, como las manos de los Trabajadores de Salud y superficies contaminadas).

La transmisión también ocurre a través de gotas de Flügge (mayores o iguales a 5 µm), que se producen cuando el paciente infectado habla, tose o se suena la nariz, o durante determinados procedimientos como la aspiración de secreciones o broncoscopía. Estas gotas se dispersan a menos de 1 metro del paciente infectado y se depositan en las mucosas del nuevo huésped (ahora infectado) o de los objetos cercanos al paciente.



Manifestaciones clínicas:

El espectro clínico va desde una enfermedad leve autolimitada hasta neumonía severa con manifestaciones respiratorias y muerte. Hasta el momento la mayoría de los casos consisten en ETI (enfermedad tipo influenza) **con fiebre, tos, rinorrea, cefalea, mialgias y malestar, no complicada y con recuperación espontánea**. Algunos casos confirmados no tuvieron fiebre pudiendo suceder que haya infecciones asintomáticas y muy leves. En Estados Unidos, basados en un reporte de 642 pacientes confirmados provenientes de 41 estados, los síntomas clínicos predominantes fueron: fiebre 94%, tos 92%, anorexia 66%, diarrea 25%, vómitos 25% de los pacientes presentaron vómitos o diarrea que no son síntomas frecuentes en la influenza estacional). No se ha registrado hasta la fecha síntomas o signos neurológicos relacionados con la infección por el influenza A (H1N1).



INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

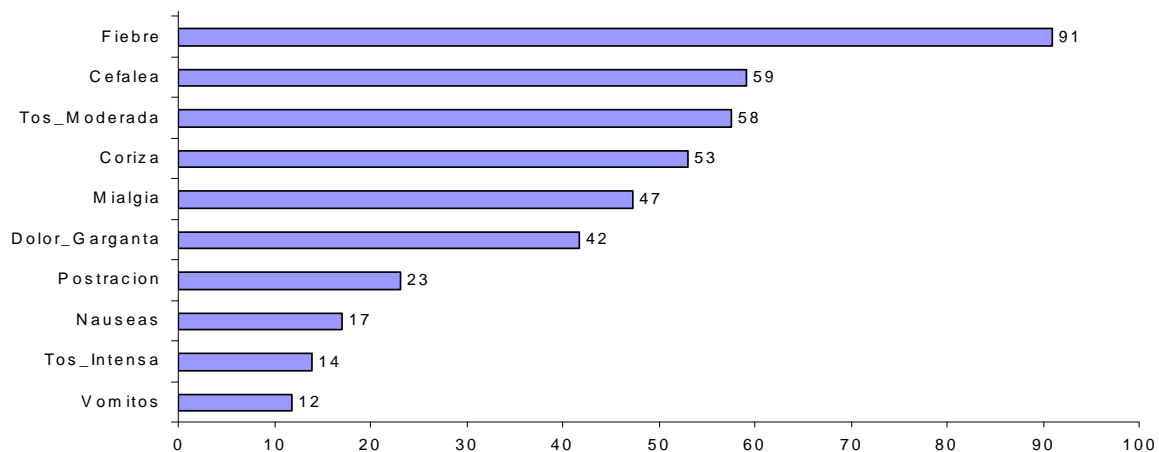
Si bien la letalidad estimada es similar a la influenza estacional, la presencia de enfermedad grave en pacientes con factores de riesgo pero también en adultos jóvenes sanos, ha llevado a la OMS a definir como “moderada” la severidad de esta pandemia.

Los datos de laboratorio mostraron leucocitosis o leucopenia transaminasas elevadas, igual que LDH en algunos casos muy elevados CPK.

El 50% presenta algún grado de insuficiencia renal, incluyendo entre las causas rhabdomiolisis, hipotensión, deshidratación o hipoxemia.

En la Argentina, el reporte del 11 de julio del 2009 los porcentajes en la frecuencia de la sintomatología son la representada en este gráfico, que difiere del reporte de EE.UU.

Frecuencia de síntomas en casos confirmados de Influenza A (H1N1). Abril-Junio 2009
n = 1.826



Diagnóstico

Un caso confirmado de infección del virus de influenza A (H1N1) swl se define como una persona con una enfermedad parecida a la influenza con una prueba de laboratorio que confirme la infección por virus de influenza A (H1N1) swl por uno o más de las siguientes pruebas de laboratorio:

1. RT-PCR en tiempo real.
2. Cultivo del virus.

¿A quién hay que tomarle la muestra para el diagnóstico?

Casos de Infección Respiratoria Aguda Grave que requiere hospitalización.

Es fundamental la determinación de métodos virológicos rápidos tales como la Inmunofluorescencia indirecta (IFI) habitualmente utilizados.

Esta determinación permite en la internación separar dos cohortes:

a) los niños con virológico positivo para VSR-ADENOVIRUS-OTROS



INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

b) los negativos o positivos para Influenza A. La conducta terapéutica se basa en esta determinación. Si en algún lugar no es posible realizar determinación de laboratorio, la conducta a seguir será la de la población con laboratorio positivo para Influenza A.

Manejo del Paciente sospechoso:

- ✓ **FICHA DE NOTIFICACION**
- **El llenado de la ficha epidemiologica se rellenaran en todos los casos.**
- **Con el pedido de medicacion debera ir la ficha epidemiologica que se entregara en farmacia.**
- **En el horario donde no se encuentra abierta la farmacia, debera quedar en el cajon de la medicacion que se encuentra en el area de emergencia.**
- **La ficha se encuentra a disposicion, solicitar al medico orientador.**

TRATAMIENTO

El tratamiento con **Oseltamivir** queda restringido a las siguientes situaciones:

Todo paciente con Infección Respiratoria Aguda Grave (que requiere Hospitalización) independientemente del tiempo de evolución de los síntomas con los siguientes diagnósticos:

- ✓ **Bronquiolitis**
- ✓ **Neumonía**
- ✓ **Síndrome Coqueluchoide.**

Que requieren internación en la guardia, independientemente de las horas que permanezcan en la misma.

Además se medicaran todos los pacientes con diagnóstico con neumonía según la normativa de la SAP que sean de diagnostico y seguimiento ambulatorio

¿A quien debemos indicar tratamiento?

Se iniciará tratamiento con **oseltamivir** en las siguientes situaciones:

- **En la internación:**

Todo paciente con Infección Respiratoria Aguda Grave independientemente del tiempo de evolución de los síntomas.

- Ø Se inicia tratamiento sin esperar laboratorio.
- Ø Si se recupera otro agente etiológico viral (Virus sincicial respiratorio, Parainfluenza, Adenovirus) se podrá suspender el oseltamivir.

- **En el área ambulatoria:**

a) **Todos los mayores de 15 años con ETI.**

b) **En menores de 15 años:**

1. Todo niño que sea calificado como caso sospechoso y pertenezca a alguno de los grupos con factores de riesgo para Influenza A H1N1* siempre dentro de las 48 horas de iniciado los síntomas.
2. Todo caso sospechoso con Neumonía o Neumonitis independientemente del tratamiento antibiótico que corresponda
3. Todo caso sospechoso con Bronquiolitis que presente en las primeras 48 hs. de evolución fiebre persistente mayor de 38° (cumpliendo así la definición de caso sospechoso).
4. Situaciones puntuales que el pediatra evaluará en su momento



- Factores de riesgo:**

Enfermedad pulmonar crónica: asma grave corticoide dependiente, EPOC, Enfermedad fibroquística.
 Desorden metabólico: Diabetes
 Enfermedades crónicas: renal, hepática, neurológica, neuromuscular
 Enfermedades hemato-oncológicas.
 Trasplantados de órganos sólidos y líquidos.
 Personas inmunocomprometidas: por medicación, por HIV, Síndrome de Down
 Cardiopatías
 Niños < de 2 años con antecedente de prematurez o peso menor de 2500 gramos al nacer
 Terapia prolongada con salicilatos
 Embarazadas
 Obesidad

Quimioprofilaxis

- Personas con factores de riesgo, contactos estrechos de casos sospechosos o confirmados. Se incluye en este grupo a la embarazada en el 2º o 3º trimestre, en el primer trimestre se evaluará riesgo/beneficio.
- Los niños menores de 3 meses no deben recibir profilaxis.**
- A todos los contactos que no presenten síntomas se les indicará continuar su actividad habitual. En el caso de presentar síntomas realizar una consulta precoz para definir conducta. Mientras tanto no deben concurrir a su lugar de trabajo o actividad diaria.

Quimioprofilaxis de personal de salud

- La mejor medida de protección para el personal de salud es tomar las medidas de bioseguridad.
- El personal de salud que estuvo en contacto con un caso sospechoso o confirmado, o con material biológico de estos pacientes:
 - Si tomó medidas de bioseguridad adecuadas, no requiere quimioprofilaxis.
 - Si no tomó medidas de bioseguridad adecuadas, y tuvo alta exposición con un caso sospechoso o confirmado, o con material biológico de estos casos, requiere quimioprofilaxis.
 - Si tiene factores de riesgo, requiere quimioprofilaxis, independientemente del tipo de contacto con un caso sospechoso o confirmado, o con material biológico.
 - El personal de salud que toma quimioprofilaxis puede seguir desarrollando sus actividades en forma habitual.

Dosis recomendada para tratamiento:

EDAD		TRATAMIENTO (5 días)	QUIMIOPROFILAXIS (10 días)
<3 meses		12 mg VO c/ 12 hs	
3-5 meses		20 mg VO c/ 12	20 mg VO c/ 24 hs
6-11 meses		25 mg VO c/ 12 hs	25 mg VO c/ 24 hs
> 12 meses	15 kg o menos	30 mg VO c/ 12 hs	30mg VO c/ 24 hs



INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

	16-23 kg	45 mg VO c/ 12 hs	45mg VO c/ 24 hs
	24- 40 kg	60 mg VO c/ 12 hs	60 mg VO c/ 24 hs
	>40 kg	75 mg VO c/ 12 hs	75 mg VO c/ 24 hs

- ✚ En los mayores de 13 años la dosis terapéutica es de 75 mg dos veces al día.
- ✚ Pacientes con insuficiencia renal debe adecuarse la dosis de acuerdo a “clearance”.

Efectos adversos:

Mayor frecuencia: vómitos, náuseas, insomnio, vértigo, cefalea, dolor abdominal.

Menor frecuencia: diarrea, congestión nasal, tos, vértigo, convulsiones, dolor de garganta, mareos, fatiga, trastornos de conducta, y neuropsiquiátricos.

Se desconoce si existe un riesgo de transmisión de influenza A (H1N1) a través de la leche materna, no obstante no se aconseja suspender la lactancia materna. Si la madre es caso sospechoso o confirmado, debe continuar amamantando, con las medidas de precaución generales.(usar barbijo durante el amamantamiento, cubrir boca y nariz al toser o estornudar con un papel tisúes cubrir boca y nariz al toser o estornudar con un papel tisúes y descartarlo, lavar manos a menudo con agua y jabón evitar tocar nariz y ojos ,evitar contacto con personas enfermas).

La medicación antiviral no contraindica la lactancia.

CONDUCTA ANTE PACIENTES SOSPECHOSOS DE INFLUENZA A (H1N1)

CLINICA	LABORATORIO	TRATAMIENTO	QUIMIOPROFILAXIS
internado con irab (1)	VSNF	Influenza A o negativo	A los contactos con factores de riesgo (2)
ambulatorio con factores de riesgo*	NO	SI	A los contactos con factores de riesgo (2)
ambulatorio sin factores de riesgo	NO	Neumonias o Neumonitis(3)	A los contactos con factores de riesgo (2)

(1). Los pacientes internados graves en UCIP con ARM pueden requerir dosis mayores de Oseltamivir y por tiempo mas prolongado.

(2) No se recomienda la quimioprofilaxis en menores de 3 meses.

(3)Independientemente del tratamiento antibiótico indicado.

Preferir la atención ambulatoria a la institucional, recomendar al paciente que no se movilice del domicilio y que permanezca en habitaciones con ventilación adecuada. Realizar educación sanitaria en relación a la necesidad de cubrirse la boca y nariz al toser o estornudar e higienizarse las manos después del contacto con secreciones respiratorias. Si se interna deben tomarse las medidas de aislamiento respiratorio.

LA PROVINCIA DEL CHACO DISPONE DE STOCK DE OSELTAMIVIR EN DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS DE LA RED SANITARIA. PARA SOLICITARLO PUEDE RECURRIR A LOS TELEFONOS DE CONTACTO DE URGENCIA.

CENTROS DE DISPENSACION DE OSELTAMIVIR

(Con receta médica individual para cada indicación de tratamiento o profilaxis)

Zona I: Sector Público del Sistema de Salud: Centros de Salud, Hospital Perrando y Pediátrico. Sector Privado y de la seguridad Social: Colegio Médico Gremial y Asociación de Clínicas y Sanatorios

Juan B. Justo Nº 1136 – Resistencia – Chaco

T.E.: (03722) 441477-424859

e-mail:infectologia_hp@yahoo.com.ar



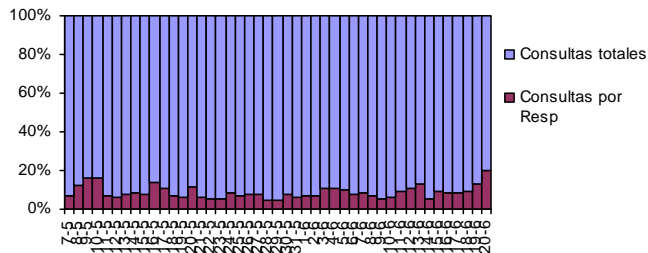
Resto de las Zonas Sanitarias: ambos sistemas obtendrán la medicación

Situación de las Enfermedades Respiratorias en la provincia del Chaco.

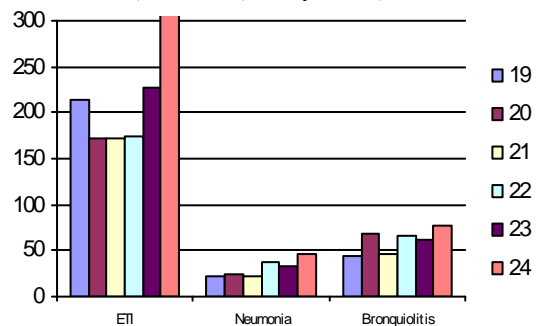
v Estrategia de Vigilancia semanal por C2

Desde el inicio de la Vigilancia (7 de mayo) han recibido 17463 consultas de las cuales 2055 fueron por causa de las patologías sujetas a vigilancia. Se observa que del conjunto de las Enfermedades bajo vigilancia, aproximadamente el 68% corresponden a la categoría “Enfermedad Tipo Influenza” y en menor medida Bronquiolitis y Neumonía. Se observa que en las últimas semanas han comenzado a aumentar el porcentaje de enfermedades respiratorias bajo vigilancia pasando del 9,5% en la semana 19 al 15% en la semana 24.

Proporción de consultas por Enfermedades respiratorias vigiladas en el total de consultas efectuadas, por día, CS Villa Libertad, Fleitas y Biolchi, Mayo-Junio 2009



Cantidad de Enfermedades Respiratorias Vigiladas por tipo y semana, CS V Libertad, Fleitas y P Biolchi, año 2009



INSTRUCTIVO DE TOMA DE MUESTRAS:

El éxito del diagnóstico virológico depende mayormente de la calidad de la muestra, de las condiciones del envío y del almacenamiento de la muestra antes de ser procesadas en el Laboratorio. La toma de muestra destinada tanto para la detección de antígenos o de ácidos nucleicos como también para el aislamiento de virus influenza deberá realizarse, preferentemente, dentro de las primeras 48-72hs del comienzo de los síntomas clínicos de STI (síndrome tipo influenza).

Hisopado nasal

Completar la ficha epidemiológica (**no se aceptarán muestras sin fichas**).

Colocarse los elementos de protección personal apropiados para proceder a la toma de la muestra.

Retire de la heladera un tubo con medio de transporte.

Rotule el tubo de manera que pueda identificarse la muestra utilizando para ello un marcador de tinta indeleble.

Utilice un hisopo estéril de dacrón con palillo plástico (no usar hisopos de madera y algodón).

Sostenga el hisopo por el palillo.

Incline suavemente la cabeza del paciente hacia atrás sujetando el mentón.

Inserte el extremo de dacrón del hisopo en la narina derecha del paciente

Gire el hisopo sobre la mucosa nasal para asegurar que se recojan células y mucus. Evite que se produzca sangrado de la mucosa.



Retire el hisopo.

Remueva la tapa del tubo con medio de transporte.

Coloque el hisopo dentro del tubo de manera que quede sumergido en el medio de transporte.

Corte el sobrante del palillo del hisopo.

Cierre el tubo.

Repita el procedimiento para la nariz izquierda.

Coloque el segundo hisopo en el mismo tubo con medio de transporte. En el caso de utilizar medios de transporte comerciales, como por ejemplo Virocult o Deltalab, utilice un tubo con medio de transporte para cada hisopo.

Cierre nuevamente el tubo asegurándose de hacerlo de manera tal que no se produzcan derrames del material.

Envuelva el tubo con papel absorbente

Coloque el o los tubos envueltos en la bolsa plástica con cierre hermético.

Coloque la bolsa con los tubos y la ficha de identificación en el contenedor plástico (envase secundario).

Hisopado Faríngeo (no se aceptarán muestras sin fichas).

Retire de la heladera un nuevo tubo con medio de transporte.

Rotule el tubo de igual manera que el anterior.

Tome el hisopo y sosténgalo por el palillo.

Con la boca del paciente abierta y sosteniendo la lengua con un bajalengua realice un escobillado de la parte posterior de la faringe de manera que se recojan células y mucus con el extremo de dacrón del hisopo. Evite que se produzca sangrado de la mucosa.

Retire el hisopo.

Remueva la tapa del tubo con medio de transporte.

Coloque el hisopo dentro del tubo de manera que quede sumergido en el medio de transporte.

Corte el sobrante del palillo del hisopo.

Cierre el tubo asegurándose de hacerlo de manera tal que no se produzcan derrames del material.

Proceda de la misma forma que para el tubo con la muestra de HN.

Puede usar la misma bolsa plástica y envase secundario que usó con la muestra de HN.

ALMACENAMIENTO:

Las muestras clínicas deberán ser almacenadas a 4 °C hasta el momento de ser procesadas. Debido a la característica de ser un diagnóstico rápido es importante llevar a cabo su procesamiento de inmediato por lo que hasta tanto se lo procese debe almacenarse en la heladera no más de 48 – 72 hs. en caso de necesidad. **Las muestras no deben ser congeladas.** Deben ser enviadas al Servicio de Inmunología del Hospital Peralta que recepciona las muestras de 7 a 20 hs Los días hábiles y fuera de este horario comunicarse con la referente del Servicio de Inmunología: Dra María Delia Foussal tel. 03722-15682956

Estas muestras no se procesarán en la Provincia sino que serán enviadas al Instituto Malbrán con urgencia para la confirmación etiológica.

El personal de salud que atiende pacientes con patologías respiratorias.

Se recomienda cumplir con la norma de aislamiento de Contacto Respiratorio de esta institución.

Vacunación con la vacuna contra la gripe estacional

INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA



- Los trabajadores no vacunados deben recibir la vacuna contra la gripe de la estación para reducir la posibilidad de una infección doble por virus de la nueva influenza A H1N1 y por virus de la influenza estacional.

¿Hay alguna vacuna para el hombre que proteja de la nueva gripe A?

No hay ninguna vacuna para evitar que el actual virus de la gripe porcina cause la enfermedad en el ser humano. No se sabe si las actuales vacunas estacionales confieren algún grado de protección. Los virus gripales cambian muy rápidamente. Es importante desarrollar una vacuna contra la cepa del virus actualmente circulante, para que confiera la máxima protección a las personas vacunadas. De ahí la necesidad de que la OMS pueda acceder al máximo número de virus posible, y seleccionar así los virus vacunales candidatos más apropiados

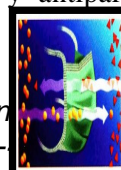
Vigilancia y monitoreo de personas enfermas

- Instruir a los trabajadores para que estén atentos a cualquier fiebre o síntoma respiratorio que comience dentro de la semana desde el momento cuando se dio el contacto con personas infectadas o expuestas a la nueva gripe, o a superficies ambientales potencialmente contaminadas con la nueva gripe.
- Los Trabajadores de Salud (TS) que se enfermen deben notificar a su jefe de área en el Establecimiento de salud (Para ello es importante educar a la población en forma permanente) quien dispondrá la atención médica que corresponda. En caso de trasladarse a un centro asistencial debe hacerlo con protección respiratorias (barbijo quirúrgico) para evitar transmitir la enfermedad
- Se recomienda que los TS enfermos con la nueva gripe A que permanezcan en casa hasta 7 días después de iniciado los síntomas del virus A de la gripe.
- Mientras estén en casa, las personas enfermas deben seguir buenas prácticas de higiene respiratoria y de las manos a fin de disminuir el riesgo de transmisión del virus a otras personas o familiar.

Medidas generales para la prevención de la gripe:

Los virus de la Influenza A H1N1, se transmiten por medio de secreciones nasales y gotitas de salivas mayor a 5 micrones, en contacto directo al estornudar o toser e indirectamente la que se hallan depositadas en las superficies y manos

- Planes de vacunación completos en todas las edades.
- Extremar medidas higiénicas: de las manos, ropas, utensilios, superficies, en los hogares, escuelas, jardines y jardines maternos.
- Usar guantes, en contacto con secreciones corporales, remover inmediatamente y lavarse las manos.
- El guante no reemplaza el lavado de manos.
- **Los virus carecen de pared celular por lo que son eliminados con detergente.**
- Lavado de manos ante de realizar cualquier acción, con agua y jabón o con soluciones de base alcohólica para el personal de salud o donde se carece de pileta con agua y jabón.
- **Realizar cohorte** de pacientes en sala de internación y consultorio externo, si es posible.
- **Utilizar barbijo quirúrgico en atención al paciente.**
- **CON RELACIÓN AL USO DE BARBIJOS:** El uso de los Barbijos debe estar reservado para el personal de salud que esté en riesgo de exposición a secreciones de pacientes con sospecha de infección por el Virus de Influenza A(H1N1) al realizar maniobras de riesgo tales como procedimientos de aspiración de secreciones, intubación o tomas de muestras respiratorias
- Colocarse elemento de protección (guantes, barbijos y antiparras) en caso de toma de muestras, intubaciones.
- En sospecha de salpicadura colocase bata.



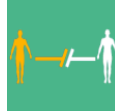
INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA



- Vida útil del barbijo quirúrgico, una hora.
- Colocarse el barbijo correctamente
- **Educación al paciente y familiar a toser y estornudar.**
- Al trasladar al paciente a otro sector colocar barbijo, y luego desinfectar el medio de movilidad con alcohol al 70% (silla, silla de rueda o camilla).
- Higiene de la unidad cercana al paciente internado, cada 8hs con alcohol gel.
- Evite el contacto directo con personas que tengan fiebre y tos.
- Evitar grandes reuniones en ambientes cerrados.
- Al estornudar: taparse boca y nariz con un pañuelo descartable, y desecharlo en el tacho de residuo abierto o cerrado, no colocarlo en el bolsillo o cartera
- Si no cuenta con el mismo, tosa y estornude en el pliegue interno del codo, **no en sus manos**
- El pañuelo se debe descartar en el tacho de residuos o bolsa de polietileno.
- Si presenta crisis de tos es conveniente colocarse un barbijo quirúrgico, para disminuir la diseminación de gérmenes que se encuentran secreciones nasofaríngeas.
- Consulte a su médico, frente a fiebre y tos y falta de aire.
- No enviar al niño al jardín o a la escuela.
- En niños pequeños desechar el pañal en bolsa de polietileno.
- Lactante menores de 6 meses y niños con enfermedades crónicas (FQP, DBP), cardiopatía congénita, inmunodeficiencias, desnutridos severos (3º grado o proteico-calórico), son grupos de riesgo, no colocarlo en el mismo sector de paciente con Dificultad respiratoria.
- **Circuito de Entrada y Tránsito a la institución para los trabajadores y visitantes.**
- **Desafectar de su función en forma transitoriamente, al personal con infección respiratoria**



Si hay algún enfermo en la casa:



- Procure que el enfermo ocupe una zona aparte en la casa. Si eso no es posible, mantenga una separación de 1 metro entre el paciente y las demás personas.
- Evite que el enfermo estornude o tosa en su dirección sin cubrirse la boca con un pañuelo descartable, papel higiénico, servilleta descartables y descartar inmediatamente en una bolsa de polietileno.
- Estornudar o toser en el pliegue interno del codo, si lo hacer en las manos, lavarse inmediatamente con agua y jabón.
- No llevar la manos en la boca, nariz o conjuntivas, sin previas higiene
- **Lavarse las manos con agua y jabón** antes y después de cada contacto con el enfermo.
- Trate de mantener bien ventilada la zona donde se encuentra el enfermo. Utilice las ventanas y las puertas para crear corrientes de aire.
- Mantenga limpio el entorno utilizando productos de limpieza domésticos (detergente).
- Recambio diario de ropas de cama, si es posible.
- Descartar pañales en bolsa de polietileno.
- Mantener abrigado al paciente.
- No compartir vasos o cubiertos.
- Evitar compartir el mate
- Evitar contacto estrecho mediante besos o abrazos.
- Ventilar adecuadamente las oficinas y todos los lugares cerrados
- Abrigarse y evitar cambios bruscos de temperatura.
- Evitar escupir en el suelo y otras superficies expuestas al medio ambiente
- **No esta indicado utilizar barbijo** en el domicilio, solo si necesariamente debe trasladarse en ambiente cerrado y en contacto con otras personas.
- Ofrecer abundante líquido (jugo de frutas, agua, leche, sopa, pecho materno).
- Alimentación con frutas, verduras, carne, huevos y otros.

INFECTOLOGÍA Y COMITÉ DE INFECCIÓN HOSPITALARIA



- Controlar frecuencias respiratorias y temperatura.
- **Visita domiciliaria** por el personal de salud, designado.
- **Evitar fumar** o encender brasero en habitación del niño o adulto enfermo.
- Evitar utilizar **lavandina** por su toxicidad y aumento de dificultad respiratoria.

Fuentes:

- 1.- Boletín CDC Centro de Control de Enfermedades EE UU, Abril 2009.
- 2.- Dirección de Epidemiología de la Provincia del Chaco, 2009.
- 3, 4.-



- 5.- 

- 6.- M. S. P. de la Nación, 11 de Julio 2009

- 7.- 

- 8.- Actualización SADI, SAP y Comité Nacional de Infectología, 6 y 10 de Julio 2009