



HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION



PLAN DE CONTINGENCIA HOSPITALARIO FRENTA A RIESGO DE PANDEMIA DE INFLUENZA (Incluye Influenza Porcina y Aviar)

- *Elaborado por: COMITÉ HOSPITALARIO PARA LA ATENCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DEL INFLUENZA PANDEMICA-HNDAC.*

Versión 30 de Abril 2009

PLAN DE CONTINGENCIA DEL HNDAC **para LA ATENCION, PREVENCIÓN Y CONTROL** **DE INFLUENZA A NIVEL HOSPITALARIO**

Basado en: PLAN DE CONTINGENCIA DEL HNDAC para LA ATENCION, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFLUENZA A NIVEL HOSPITALARIO – 2005.
Elaborado por: Dr. Jesús CHACALTANA HUARCAYA

Equipo Revisor y Editor:

- Dr. Jesús Chacaltana Huarcaya..... Infectólogo.
- Dr. Alfredo Guerreros Benavides..... Neumólogo.
- Dr. Carlos Salcedo Espinoza..... Intensivista.
- Dra. Patricia Gutiérrez Montoya..... Intensivista.
- Dra Nora Reyes Puma..... Epidemiologa.
- Dra. Cecilia Mena Saavedra..... Pediatra
- Dr. Hugo Manrique Chicoma..... Neumólogo
- Dr. Jose Herrera Vargas..... Neumologo.
- Dra. Silvia Mendocilla..... Epidemiologa
- Lic. Rosa Rios Contreras..... Gestion Calidad

Aprobado por: COMITÉ HOSPITALARIO PARA LA ATENCION, PREVENCIÓN Y CONTROL DEL INFLUENZA PANDEMICA-HNDAC.

- Dirección General:
 - Dr. Carlos Salcedo Espinoza.....Director General
 - Dr. Alfredo Guerreros Benavides.....Sub-Director
 - Dra. Patricia Gutiérrez Montoya.....Asesora Dir.Gral.
- Coordinación Técnica:
 - Dr. Jesús Chacaltana Huarcaya..... Infectólogo/ CPCIIH.
 - Dr. Alfredo Guerreros..... Neumólogo.
 - Dra. Silvia Mendocilla..... Epidemiologa /OESA
 - Dr. Jose Herrera Vargas..... Jefe Serv.Neumologia
 - Dr. Hugo Manrique Chicoma..... Jefe Serv.Infectologia
 - Dra Nora Reyes Puma..... Jefe O.E.Planeamiento Estrategico
- Coordinación Operativa:
 - Dr. Elber Del aguila Quispe..... Jefe A.F. Cons.Externa
 - Dr. Jesús Chacaltana Huarcaya..... Jefe A. F. Hospitalización
 - Dr. Eduardo Ayala Bravo..... Jefe Dpto S. Críticas
 - Dra. Gladis Benavente Petit..... Jefe Serv. Emergencia
 - Lic Clara Almonte Andrade..... Jefe Dpto. Enfermería
 - Ing. Miguel Castro Seminario..... Jefe Of. Comunicaciones
- Apoyo Logística (Infraestructura, Insumos Médicos y Medicamentos)
 - CPC Elizabeth Ojeda Alegria..... Director O.E. Administración
 - Lic. Ydalia Moscosos Falcon..... Asesora O.E. Administracion
 - Dr. Cesar Mostacero Castillo..... Jefe de Servicios Generales
 - Sr. Richard calderon Ramirez..... Jefe Oficina de Logística
 - QF Elsa Yauyos Soria..... Jefe Dpto. Farmacia

PLAN DE CONTINGENCIA DEL HNDAC
para LA ATENCION, PREVENCIÓN Y CONTROL
DE INFLUENZA A NIVEL HOSPITALARIO

CONTENIDO

| | | |
|-------|--|----|
| I. | INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| II. | BASE LEGAL..... | 10 |
| III. | AMBITO DE APLICACIÓN..... | 11 |
| IV. | PROPOSITOS..... | 11 |
| V. | OBJETIVO GENERAL..... | 11 |
| VI. | OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 11 |
| VII. | ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA..... | 11 |
| VIII. | ACCIONES..... | 12 |
| IX. | ACTIVIDADES DEL COMITÉ..... | 12 |
| | a. ACTIVACION DE LA RESPUESTA HOSPITALARIA..... | 12 |
| | b. ASIGNACION DE RECURSOS HUMANOS, LOGISTICOS e INFRAESTRUCTURA..... | 13 |
| | c. FLUJOGRAMA DE ATENCION..... | 14 |
| | d. SALA DE ATENCION CASOS INFLUENZA PANDEMICA..... (Evaluación Inicial, Atención con/sin Apoyo Ventilatorio, Investigación epidemiológica) | 16 |
| X. | RESPONSABILIDADES..... | 18 |
| XI. | RED REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA..... | 18 |
| XII. | COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES..... | 18 |
| XIII. | FIN DE LA EMERGENCIA SANITARIA..... | 18 |
| | ANEXOS..... | 19 |
| | ANEXO 1:DEFINICIONES PARA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE CASOS DE INFLUENZA A-H1N1 | |
| | ANEXO 2:FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE CASOS SOSPECHOSO DE INFLUENZA PANDEMICA. | |
| | ANEXO 3:PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A-H1N1 EN LA SALA AISLAMIENTO | |
| | ANEXO 4: ALGORITMO MANEJO DE CASO EN SALA DE AISLAMIENTO | |
| | ANEXO 5: FICHA INVESTIGACION CLINICO-EPIDEMIOLOGICA | |
| | ANEXO 6:FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL MANEJO DE PACIENTE CASO SOSPECHOSO DE INFLUENZA | |
| | ANEXO 7:CONVENIO REALIZADO ENTRE EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN (MINSA) Y ALBERTO SABOGAL (ESSALUD). | |

PLAN DE CONTINGENCIA DEL HNDAC **para LA ATENCION, PREVENCIÓN Y CONTROL** **DE INFLUENZA A NIVEL HOSPITALARIO**

I. INTRODUCCIÓN

La Influenza es una enfermedad respiratoria aguda altamente transmisible de importancia global, que ha causado epidemias y pandemias por siglos.

La vacunación contra influenza es la medida más efectiva para reducir el impacto de la enfermedad y se encuentra entre una de las pocas medidas preventivas costo-efectivas para la población anciana. Adicionalmente, existen antivirales específicos contra la enfermedad que se encuentran disponibles en otros países. A pesar de ello, las epidemias de influenza continúan presentándose anualmente causando elevada morbilidad, un exceso de mortalidad e importante pérdida económica a nivel mundial.

En los últimos años en Latinoamérica se le ha dado mayor importancia a la Influenza, implementándose sistemas de vigilancia en forma similar a la establecida por los países desarrollados. No solo por el reconocimiento de la importancia de las epidemias anuales de influenza, sino **por una creciente preocupación sobre la amenaza que tiene una nueva pandemia de influenza**, en el siglo XX se presentaron 3 grandes pandemias en 1918, 1957-58 y en 1968, con un estimado total de más de 100 millones de defunciones a nivel mundial.

Una pandemia de influenza empieza con un abrupto cambio de gran importancia en las proteínas de superficie, Hemaglutinina (H) y Neuraminidasa (N), del virus influenza A. Este cambio, denominado "shift" o "salto antigénico", da lugar a un virus que es muy diferente de los circulantes en las poblaciones humanas durante los años precedentes. **Una pandemia es considerada altamente probable, si el nuevo virus, es altamente trasmisible de persona a persona y causa enfermedad, y si hay grandes poblaciones mundiales que carecen de inmunidad contra este virus.**

Se piensa que los virus pandémicos surgen de varias maneras:

- Por intercambio (re-ordenamiento) de segmentos del gen entre virus de influenza humano y aviar o de cerdo;
- Por transmisión directa de virus de influenza de las aves, cerdo u otros animales a los humanos; y
- Por reciclamiento de subtipos del virus humanos que circularon en poblaciones humanas en una era anterior.

En 1997 en Hong Kong, un virus influenza aviar A H5N1 de alta patogenicidad que se transmitió directamente de aves de corral comercializadas vivas a los humanos. Seis de 18 personas que fueron hospitalizadas fallecieron.

La continua diseminación del virus de influenza aviar altamente patógeno H5N1 en aves domésticas y silvestres en el Sudoeste Asiático representa el riesgo de pandemia de influenza más importante para la humanidad de las últimas décadas.

Evaluación de Brotes Gripe Aviar en Agosto 2005, indicaban que los brotes aviares de Rusia y Kazajstán son causados por un virus que en los brotes de Hong

Kong (1997 y 2003) y Asia sudoriental (desde principios de 2004), ha demostrado repetidamente su capacidad para cruzar la barrera entre especies e infectar al ser humano, produciéndole una enfermedad grave de gran letalidad. En las nuevas zonas donde las aves se han visto afectadas por la gripe aviar H5N1 existe el mismo riesgo para el ser humano.

No se puede descartar la propagación de la gripe aviar H5N1 a las aves de corral de otros países. La OMS recomienda que se incremente la vigilancia de los brotes en las aves de corral y de las muertes de aves migratorias, así como la aplicación rápida de las medidas de contención recomendadas por la FAO y la OIE. Asimismo, se recomienda aumentar la vigilancia de los casos de enfermedad respiratoria en las personas con antecedentes de exposición a aves de corral infectadas en los países donde haya brotes conocidos en estas aves. La entrega a los laboratorios de referencia de la OMS y la OIE/FAO de muestras clínicas y de virus aislados en los seres humanos y en los animales permite realizar estudios que contribuyen a evaluar el riesgo de pandemia y a orientar correctamente las labores de desarrollo de una vacuna.

La expansión geográfica de la presencia del virus es preocupante, pues crea nuevas posibilidades de exposición humana. Cada nuevo caso humano aumenta las posibilidades de que mejore la transmisibilidad del virus a través de sus mutaciones y redistribuciones génicas adaptativas. La aparición de una cepa H5N1 fácilmente transmisible al ser humano marcaría el inicio de una pandemia.

Esta Situación ha permanecido latente hasta la fecha, con diferentes reportes de casos.

BROTOS DE GRIPE EN MÉXICO Y EN LOS ESTADOS UNIDOS

Situación al 24 de abril de 2009 (OPS/OMS):

El Gobierno de México ha notificado tres sucesos separados relacionados con la enfermedad de tipo influenza. En el Distrito Federal de México, las tareas de vigilancia comenzaron a advertir un incremento de casos a partir del 18 de marzo. El número se ha mantenido en aumento en abril y hasta el 23 de abril ya se notificaron en la capital más de 854 casos de neumonía, de los que 59 han resultado fatales. En San Luis Potosí, en el centro del país, se han reportado hasta 24 casos y tres muertes. Y en Mexicali, frontera con Estados Unidos, se han notificado cuatro casos y ninguna muerte.

El Gobierno de los Estados Unidos por su parte ha confirmado siete casos humanos de gripe porcina A/H1N1 en EE. UU. (cinco en California y dos en Tejas) así como otros nueve casos sospechosos. De los siete confirmados solo uno de los portadores requirió ser hospitalizado brevemente. No se han registrado muertes.

De los casos en México, 18 han sido confirmados como gripe porcina A/H1N1 por laboratorio en Canadá mientras que de ellos, 12 son genéticamente idénticos a los virus detectados en California. La mayor parte de estos casos corresponden a personas jóvenes y normalmente saludables. La gripe afecta normalmente a las personas más jóvenes y a las más mayores, pero estos grupos de edad no han sido fuertemente impactados en México.

Dado que hay casos humanos asociados con un virus de gripe animal y debido a la expansión geográfica de múltiples brotes comunitarios, así como por lo inusual de los grupos poblacionales afectados, estos sucesos son preocupantes.

Los virus de la gripe porcina A/H1N1 caracterizados en este brote nunca se han detectado antes en cerdos ni en humanos. Los virus caracterizados por el momento han respondido a Oseltamivir pero han mostrado resistencia tanto a amantadina como a rimantadina.

Situación al 27 de abril de 2009

El 18 de abril de 2009, el Centro Nacional de Enlace de **Estados Unidos** notificó la confirmación laboratorial de dos casos humanos de influenza porcina A/H1N1 en dos niños de 9 y 10 años residentes en el Estado de California (uno en el condado de San Diego y otro en el condado Imperial).

A la fecha, un total de 40 casos humanos de influenza porcina han sido confirmados en los Estados Unidos (28 en Nueva York, 7 en California, 2 en Texas, 2 en Kansas y 1 en Ohio). Otros casos sospechosos están siendo investigados. Solo en un caso, en Kansas, se ha podido constatar transmisión autóctona. Todos los casos han presentado cuadros clínicos leves, con una sola hospitalización por pocas horas.

Este virus ha sido descrito en los Estados Unidos como un nuevo subtipo de influenza porcina A/H1N1 no previamente detectado en porcinos ni humanos.

| U.S. Human Cases of Swine Flu Infection | |
|--|--|
| (As of April 27, 2009 1:00 PM ET) | |
| State | # of laboratory confirmed cases |
| California | 7 cases |
| Kansas | 2 cases |
| New York City | 28 cases |
| Ohio | 1 case |
| Texas | 2 cases |
| TOTAL COUNT | 40 cases |

International Human Cases of Swine Flu Infection

Por otra parte, desde fines de marzo de 2009, en **México** se ha observado un aumento inusual de infección respiratoria aguda grave (IRAG) que se ha intensificado en las primeras semanas de abril. Del 17 al 26 de abril se han reportado 1.840 casos sospechosos de influenza con neumonía grave incluidas 84 defunciones. De éstos, 104 son casos probables de influenza porcina H1N1. Los casos sospechosos se registraron en 24 de los 32 estados de México. La mayor parte de los casos probables de influenza con neumonía grave se han presentado en el Distrito Federal y en los estados de México y San Luis Potosí. La mayoría en personas adultas jóvenes previamente sanas. Ha habido pocos casos en individuos menores de 3 años o mayores de 59 años.

De estos 1,840, hasta el momento se han confirmado 26 casos de influenza porcina A/H1N1 en los laboratorios de referencia en Winnipeg de Canadá y CDC de los Estados Unidos. Los casos confirmados provienen de Distrito Federal (17); Estado de México (7); Oaxaca (1) y Veracruz (1). Se han registrado 7 defunciones entre los 26 casos confirmados (tasa de letalidad 26,9%), 4 del Distrito Federal, una de Veracruz y dos del Estado de México. De cuatro casos confirmados investigados, todos tienen exposición a personas con los mismos síntomas; y dos refirieron además exposición a porcinos (trabajo en granja y manipulación de animales) 14 días antes del inicio de síntomas.

En **Canadá**, hasta el momento se han reportado 6 casos humanos confirmados de influenza porcina A/H1N1 (4 en la provincia de Nueva Escocia y dos en British Columbia). Algunos de los casos con antecedente reciente de viaje a Cancún, México. Todos los casos desarrollaron una forma leve de la enfermedad tipo influenza. Dos de los casos presentaron además síntomas gastrointestinales. Actualmente todos están recuperados y ninguno requirió hospitalización. El rango de edad de los seis casos es de 17 a 43. La fecha de inicio de síntomas del primer caso es del 17 de abril y la del último del 21 de abril. Los análisis laboratoriales fueron realizados por el laboratorio en Winnipeg, Canadá. No se descarta transmisión autóctona debido a que no todos los casos confirmados tienen antecedente de viaje a México.

En la prensa aparecen diversas informaciones sobre casos sospechosos en varios países de la Región, sin embargo esta información no ha sido confirmada.

En relación a los resultados laboratoriales en los dos primeros casos confirmados en Estados Unidos, se aislaron virus A/California/04/2009 y A/California/05/2009. Los mismos muestran un patrón de reasociación genética del virus de la influenza porcina de las Américas con un virus de influenza porcina de Eurasia. Esta combinación genética particular no había sido reconocida previamente. Ambos demostraron ser resistentes a amantadina y rimantadina, pero sensibles a los inhibidores de neuraminidasa, oseltamivir y zanamivir. Ambos han sido cultivados en células MDCK e inoculados en hurones para la producción de antisueros. El genoma completo del virus A/California/04/2009 ha sido publicado y esta disponible en la base de datos del GISAID (www.gisaid.org). Los virus de otros casos confirmados en Estados Unidos corresponden a la misma nueva cepa.

En conclusión:

- Hay evidencia de circulación de una cepa previamente no detectada en porcinos y humanos.
- Actualmente se están conduciendo estudios para determinar la extensión de la transmisión humano-humano.

Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brote. En Estados Unidos, los casos confirmados de influenza porcina A/H1N1 en humanos se identificaron en 5 estados. Actualmente se están realizando investigaciones tendientes a determinar la fuente de infección y si existen casos adicionales. Todos los casos fueron leves y evolucionaron favorablemente. En ningún caso se registró contacto previo con cerdos.

Por otro lado, en México se están coordinando medidas de prevención y control incluyendo actividades de vigilancia intensificada. Como medida de precaución se indicó el cierre de guarderías, escuelas y universidades en la ciudad de México. De igual manera fueron suspendidas actividades sociales y culturales por espacio de 10 días.

Este nuevo subtipo del virus podría estar circulando en la población de cerdos; y la misma está siendo considerada e investigada.

A petición de la Directora General (DG) de la OMS el **Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional** (RSI) ha sido convocado y está asesorando a la DG sobre el evento. En su primer día de deliberación, el pasado 25 de abril, concluyó que el presente evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Declaración de la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, sobre la GRIPE PORCINA

El Comité de Emergencias, establecido en cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005), ha celebrado su segunda reunión el 27 de abril de 2009.

El Comité ha examinado los datos disponibles sobre los brotes confirmados de gripe porcina por A/H1N1 en los Estados Unidos de América, México y el Canadá. El Comité ha considerado asimismo los informes sobre la posible propagación a otros países.

Con el asesoramiento del Comité, la Directora General de la OMS ha decidido lo siguiente.

La Directora General ha elevado el nivel de alerta de pandemia de gripe de la actual fase 3 a la fase 4.

El cambio a una fase más elevada de alerta de pandemia indica que la probabilidad de que se declare una pandemia ha aumentado, pero no que la pandemia sea inevitable.

A medida que se disponga de más información, la OMS podría decidir el regreso a la fase 3 o el aumento del nivel de alerta a otra fase.

La decisión se ha basado principalmente en datos epidemiológicos que demuestran la transmisión de persona a persona y la capacidad del virus para causar brotes a escala comunitaria.

Habida cuenta de la presencia generalizada del virus, la Directora General ha considerado que la contención del brote no es viable. En estos momentos, la atención se debería centrar en las medidas de mitigación.

La Directora General ha recomendado que no se cierren las fronteras ni se impongan restricciones a los viajes internacionales. Se ha considerado prudente que las personas que estén enfermas retrasen los viajes internacionales y las que presenten síntomas después de un viaje internacional reciban atención médica.

LA PLANIFICACIÓN DE LA RESPUESTA A LA PANDEMIA:

Es un proceso multifactorial de alta complejidad, que es más complicado porque no se puede predecir ni el momento de su emergencia, ni su diseminación, ni su severidad, así como no puede extrapolarse, que las intervenciones disponibles para las epidemias anuales de influenza sean eficaces para una situación pandémica.

Ciertamente el patrón de recurrencia de pandemias desde mediados del siglo XVIII indica que las pandemias se presentan cada 30 años más o menos.

Una característica importante de las pandemias de influenza ha sido **su capacidad de causar colapso de los servicios de atención**. Como la infección "barre" a través de la población, lleva primero a un aumento en las enfermedades respiratorias, seguidas por un incremento en las neumonías y otras complicaciones relacionadas con la infección y después las defunciones. Cada uno de estos eventos compromete la capacidad de los servicios médicos para proporcionar atención adecuada, sobre todo cuando el personal de salud con frecuencia se expone y se infecta. La experiencia con la pandemia de gripe española en 1918, ilustra el enorme potencial de la influenza para causar una aguda alteración social en una escala

similar o aun mayor que esas causadas por desastres naturales, pero en una escala geográfica mucho más extensa.

Para cubrir con la ruptura de la comunidad y la demanda aumentada para los servicios de salud en una escala nacional, deben desarrollarse planes de contingencia para tratar con tales emergencias en forma anticipada a la pandemia, en los niveles nacional, regional y local.

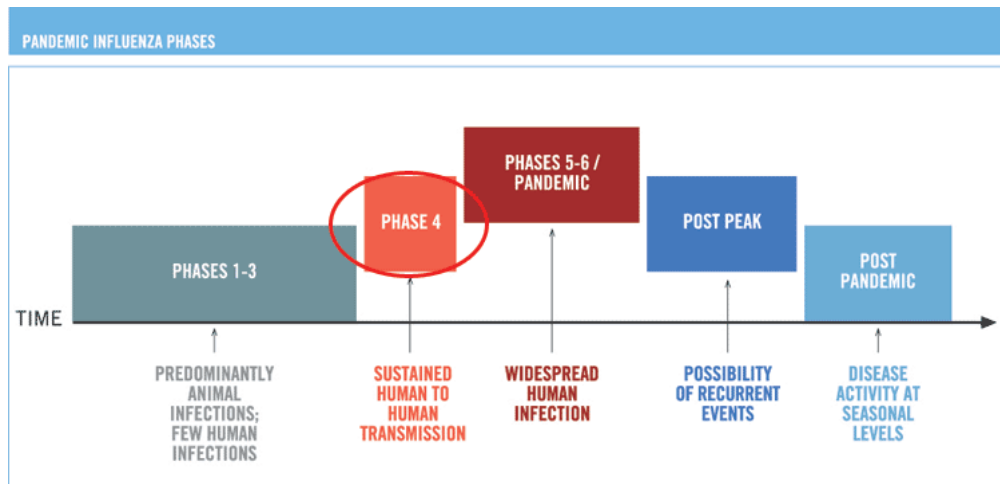
En el Perú, por lo tanto, inicialmente significara una alta posibilidad de ingreso a través de la Provincia Constitucional del Callao, debido a que es la puerta de entrada internacional al país; en tal sentido siendo el Hospital Nacional de referencia y de mayor complejidad, ubicado en el Callao, debemos estar preparados para responder adecuada y oportunamente ante los posibles casos que se presenten en tal situación.

EL COMITÉ HOSPITALARIO PARA LA ATENCION, PREVENCIÓN Y CONTROL DEL INFLUENZA PANDEMICA, mediante su Equipo de Coordinación Técnica, tiene como función el diseño y la mejora continua del proceso de prevención y control de una Epidemia por Influenza, por encargo y en coordinación con la Dirección General, es responsable de conducir el "Plan de Contingencia frente al Riesgo de Pandemia de Influenza", concordando acciones con la DIRESA Callao y el Nivel Central.

El Plan implica una adecuada organización interna, incluyendo un sistema de comunicaciones eficiente, para proporcionar permanentemente la información necesaria y oportuna a las autoridades de salud pública, profesionales médicos, los medios de comunicación y el público general a lo largo del curso de la pandemia; PARA LO CUAL SE ESTABLECERAN ESCENARIOS DE ACUERDO A LOS NIVELES DE ALERTA SEGÚN LA OMS (Tabla N°02).

Tabla N°02: **Niveles de Alerta según la OMS** (Estas fases fueron redefinidas en mayo del 2005).

| |
|---|
| Periodo Interpandémico |
| Fase 1: No se ha detectado nuevos subtipos de virus de influenza en humanos. Un subtipo de virus de influenza que ha causado infección humana puede estar presente en animales. Si está presente en animales, el riesgo de infección o enfermedad humana es considerado bajo. |
| Fase 2: No se ha detectado nuevos subtipos de virus de influenza en humanos. Sin embargo, un subtipo de virus de influenza que circula en animales tiene un riesgo considerable de enfermedad humana. |
| Periodo de Alerta Pandémica |
| Fase 3: Infección(es) humana(s) con un nuevo subtipo, pero sin transmisión de persona a persona, o muy raras ocasiones de transmisión a contactos cercanos. |
| Fase 4: Conglomerado(s) pequeño(s) con limitada transmisión interhumana, pero la diseminación es altamente localizada, sugiriendo que el virus no está bien adaptado a los humanos. |
| Fase 5: Conglomerado(s) grande(s) pero transmisión interhumana aun localizada, sugiriendo que el virus está adaptándose mejor a los humanos, pero aun no es totalmente transmisible (riesgo sustancial de pandemia) |
| Periodo Pandémico |
| Fase 6: Fase pandémica, transmisión creciente y sostenida en población general. |
| Periodo Postpandémico |
| Retorno al periodo interpandémico. |



Un punto importante es considerar el aspecto del financiamiento del Plan, el cual, permita la viabilidad de las actividades en las diversas etapas y de acuerdo a nuestras competencias del nivel de atención, por lo que es conveniente realizar las acciones administrativas del caso en los diferentes niveles para disponer de un presupuesto que permita estar preparados en esta fase de alerta de pandemia.

II. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley General de Salud N° 26842.
- Ley del Ministerio de Salud N° 27657
- ROF del HNDAC
- Plan Nacional de Contingencia frente una Pandemia de Influenza- MINSA.
- Plan Operativo para la Contención de la Epidemia Influenza en el Peru-MINSA.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Contingencia tiene alcance en todo nivel del Hospital Nacional Daniel A. Carrión.

IV. PROPOSITOS

- Participación de las coordinaciones intra e intersectorial
- Colaboración técnico Profesional en la Implementación de las Medidas de Contención Regionales y Nacionales.
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta como Hospital Nacional de referencia.
- Continuar con la Vigilancia Epidemiológica de la Influenza en Humanos.
- Sensibilización de la población usuaria del HNDAC, en especial grupos susceptibles, en la aplicación de medidas preventivas.

V. OBJETIVO GENERAL

Implementar un Sistema de Atención Hospitalaria, que incluya adoptar medidas de prevención, control, y de vigilancia epidemiológica, que nos permita responder adecuada y oportunamente a los casos de INFLUENZA PANDEMICA.

VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conformar el COMITÉ HOSPITALARIO PARA LA ATENCION, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFLUENZA PANDEMICA A NIVEL HOSPITALARIO.
- Establecer las condiciones Técnicas y Logísticas que nos permita responder adecuada y oportunamente a los casos de INFLUENZA PANDEMICA.
- Establecer el Flujograma del Sistema de Atención Hospitalaria de los casos de INFLUENZA PANDEMICA.
- Establecer responsabilidades y competencias de los servicios y áreas para un Sistema de Atención Hospitalaria de los casos de INFLUENZA PANDEMICA.
- Establecer las Pautas de Atención de pacientes con sospecha de INFLUENZA PANDEMICA y sus Contactos.
- Establecer las medidas de Bioseguridad para evitar la transmisión al personal de salud.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica en los servicios de Emergencia y Consulta Externa para la detección de casos sospechosos, con el fin de detectar oportunamente posibles brotes.
- Fortalecer a través de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) la vigilancia del virus INFLUENZA PANDEMICA y de otros virus respiratorios que son causantes de cuadros sistémicos y respiratorios severos.

VII. ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA

Se Conformara el Comité Hospitalario para la Atención, Prevención y Control del INFLUENZA PANDEMICA a Nivel Hospitalario, estará conformado de la siguiente manera:

- Dirección General:
 - Dr. Carlos Salcedo Espinoza.....Director General
 - Dr. Alfredo Guerreros Benavides.....Sub-Director
 - Dra. Patricia Gutiérrez Montoya.....Asesora Dir.Gral.
- Coordinación Técnica:
 - Dr. Jesús Chacaltana Huarcaya..... Infectólogo/ CPCIIH.
 - Dr. Alfredo Guerreros..... Neumólogo.
 - Dra. Silvia Mendocilla..... Epidemióloga /OESA
 - Dr. Jose Herrera Vargas..... Jefe Serv.Neumología

- Dr. Hugo Manrique Chicoma..... Jefe Serv.Infectologia
- Dra Nora Reyes Puma..... Jefe O.E.Planeamiento Estrategico
- Coordinación Operativa:
 - Jefe A. F. Hospitalización
 - Jefe A.F. Cons.Externa
 - Jefe Departamento S. Críticas
 - Jefe del S. Emergencia
 - Jefe del Dpto. Enfermería
 - Jefe Oficina Comunicaciones
- Apoyo Logística (Infraestructura, Insumos Médicos y Medicamentos)
 - Director O.E. Administración
 - Jefe de Servicios Generales
 - Jefe Oficina de Logística
 - Jefe Dpto. Farmacia

VIII. ACCIONES

1. Revisión y Aprobación el Plan de Contingencia para la atención hospitalaria de casos de INFLUENZA PANDEMICA.
2. Elaborar y difundir la directiva de vigilancia y control del INFLUENZA PANDEMICA.
3. Diseñar un Flujograma de atención hospitalaria.
4. Identificar los recursos humanos, insumos y de infraestructura con que cuenta el hospital para enfrentar este problema.
5. Programar las necesidades logísticas y de Personal
6. Implementar las áreas determinadas para la atención.
7. Asegurar los insumos de bioseguridad.
8. Capacitación del personal en la detección, atención y medidas de bioseguridad.
9. Difusión de la guía de manejo de INFLUENZA PANDEMICA, estableciendo la obligatoriedad de su uso.
10. Difusión de la guía de manejo de Insuficiencia Respiratoria de la UCI, estableciendo la obligatoriedad de su uso.
11. Reforzar la vigilancia epidemiológica en el HNDAC, y el flujo de Información Intra y Extra-Institucional.
12. Coordinaciones con DIRESA Callao y Hospitales MINSA y ESSALUD (Hospital Sabogal).
13. Solicitar apoyo financiero a diferentes niveles para el cumplimiento de objetivos.

IX. ACTIVIDADES DEL COMITÉ.

Iniciara a partir de la fecha una serie de acciones tendientes al cumplimiento del presente Plan de Contingencia y ante la confirmación de la presencia del primer caso iniciar la preparación del establecimiento hospitalario para recibir los pacientes de INFLUENZA PANDEMICA.

a. Activación de la Respuesta Hospitalaria.

Considera los siguientes aspectos:

- Notificación del Caso(s).- La notificación será recibida por el **JEFE DE GUARDIA DE EMERGENCIA**, el cual dará inicio al Flujo de Atención y comunicara al Director General que preside el Comité.
- La DIRECCIÓN GENERAL del Hospital, informara inmediatamente al Comité Hospitalario en pleno, solicitara información acerca del numero de casos y la capacidad de respuesta actualizada.

ACTIVACION DE LA ATENCION

El área para la atención será activada y el Equipo Asistencial designado para la Atención de los Casos se preparará para recibir los pacientes.

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN

El objetivo principal de la evaluación consiste en la identificación y registro cualitativo y cuantitativo de la extensión y gravedad de la situación.

Realizar una evaluación inicial de la respuesta sobre el terreno y un análisis de las necesidades para la atención y bioseguridad. Determinará también la capacidad de respuesta del Hospital:

- I : Solo con los recursos del Hospital.
- II: Se requiere de recursos adicionales.

MANEJO DE INFORMACIÓN

La Oficina de Comunicaciones será la responsable de la Información Oficial, siguiendo instrucciones del Director, atenderá a los medios de comunicación existentes según las directivas del nivel Central.

b. Asignación de Recursos Humanos, Logísticos e Infraestructura.-

El Comité deberá asegurar que su Equipo Operativo con la asesoría de su Equipo Técnico realice las coordinaciones de las acciones fundamentales para asegurar la atención directa de los casos, como son:

1. DE LA ATENCIÓN MÉDICA

- El Hospital cuenta con un equipo médico, enfermeras y técnicos de emergencias con capacitación en los aspectos referentes a Manejo de Enfermedades Infecciosas, Neumológicas y Cuidados Intensivos. Asimismo para la Bioseguridad y Control de Infecciones.
- Alertar a la red de hospitales y de otras instituciones de salud para posibles referencias, previa coordinación a través de los flujos de comunicación existentes (Teléfono/ rpm, radio).
- Habiendo destinado las funciones y roles del personal del área de atención, según flujograma establecido, se iniciara la atención en el área destinada con un Equipo Asistencial.
- Los encargados de cumplir estas funciones deberán ser personas autorizadas e identificadas, mediante un chaleco o brazalete o tarjeta de identificación que acredite su función.
- Preparación de áreas de atención y trabajo, e insumos básicos para la atención y Bioseguridad.

2. DE LA AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- Coordinación de los recursos, y se decidirá la necesidad de solicitar equipos de asistencia respiratoria y otros.
- El hospital cuenta con un servicio de Radiología y Laboratorio capaces de brindar el apoyo técnico especializado que los equipos de atención demanden.
- Establecer coordinaciones para abastecimiento de antivirales (tratamiento y profilaxis) y vacunas si ellas estuvieran disponibles, a través del Departamento de Farmacia.
- Recomendándose a los responsables de cada servicio la información necesaria sobre recursos y materiales existentes para la elaboración de un

cuadro de necesidades que su servicio requiera para cubrir las necesidades que se presenten.

3. DEL APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGÍSTICO

- Iniciara a la fecha la preparación de la Sala para la Atención de Casos y de contactos cercanos; establecidas según flujograma.
- Programación Requerimientos, Presupuesto y Apoyo financiero.

c. **Flujograma de Atención:**

Según la evolución de propagación de INFLUENZA PANDEMICA a nivel internacional, el HNDAC enfrentara los siguientes posibles escenarios:

- **ESCENARIO 1:** Corresponde a la fase 2 y 3 de los Niveles de Alerta de la OMS.
- **ESCENARIO 2:** Corresponde a la fase 4 y 5 de los Niveles de Alerta de la OMS.
- **ESCENARIO 3:** Corresponde a la fase 6 de los Niveles de Alerta de la OMS.

i. **ESCENARIO 1:** En esta etapa Interpandémica y de inicio de la Alerta Pandémica las acciones son orientadas a:

- a. La capacitación del personal de salud en el manejo de casos, Bioseguridad y control de infecciones;
- b. Sensibilización para la participación del Personal de Salud en la Vigilancia Epidemiológica de la INFLUENZA PANDEMICA y otras infecciones Respiratorias.
- c. Implementación de capacidad de respuesta logística; y
- d. Sensibilización de la población usuaria del HNDAC, en especial grupos susceptibles, en la aplicación de medidas preventivas.

ii. **ESCENARIO 2:** Pueden darse las siguientes situaciones:

- a. **Casos Detectados por Sanidad Aérea y Marítima.**- La detección de casos lo realizara el Servicio de Sanidad Aérea y Marítima, estos dispondrán su traslado del o los pacientes según su evaluación, de ser el caso se comunicaran inmediatamente con el Hospital. POR LO TANTO SE ESTABLECE EL SIGUIENTE FLUJO DE PACIENTES:
 - El Jefe de Guardia establecerá la COORDINACIÓN DEL TRANSPORTE DE PACIENTES, el traslado adecuado y oportuno se realizara mediante ambulancia, la cual estará equipada para tal efecto y contara con un personal técnico de Salud del Equipo Asistencial de Atención.
 - El Jefe de Guardia INMEDIATAMENTE dispondrá lo necesario para su recibimiento en la Sala de Atención de INFLUENZA PANDEMICA. Asimismo comunicar inmediatamente vía telefónica al Comité del INFLUENZA PANDEMICA. Esta comunicación no anula, ni debe retrasar el manejo y la investigación del caso.
 - Los traslados deberán hacerse en camillas con el paciente usando mascara quirúrgica y el Personal de Salud con las medidas de Bioseguridad establecidas.

- Una vez llegado al Hospital su ingreso se realizara por la Puerta de Ingreso del Jr. Colina s/n, se estacionara la ambulancia al costado de la garita de vigilancia y utilizara el acceso aledaño designado para tal fin, siendo llevado sin retraso a la Sala de Atención de INFLUENZA PANDEMICA (Sala San Miguel), solo podrá ser acompañado por Personal de Salud Autorizado.
 - b. **Casos Acuden Directamente al HNDAC.**- Situación que podría presentarse en fase 5; en tal situación se procede igual que en escenario 3.
- iii. **ESCENARIO 3:** Pueden darse las siguientes situaciones:
- a. **Casos Detectados por Sanidad Aérea y Marítima.**- Igual que en escenario 2.
 - b. **Casos Acuden Directamente al HNDAC.**- POR LO TANTO SE ESTABLECE EL SIGUIENTE FLUJO DE PACIENTES:

Los Casos de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar) que pudieran llegar directamente a la Emergencia o mas infrecuente a la Consulta Externa, al ser detectados:

- No deberán permanecer mas que el tiempo que requirió para sospechar el Síndrome, e INMEDIATAMENTE será trasladado a la Sala de Atención de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar) (Sala San Miguel) colocándole una mascarilla quirúrgica, si su estado lo permitiera.
 - De requerir Manejo Medico Urgente o por alguna razón se retrasase su traslado, debe ser estabilizado en la Sala de Trauma Shock de Emergencia. Solo deberán permanecer en dicho ambiente el Paciente y el Personal de Salud mínimo para su Atención.
 - El Personal de Salud deberá hacer uso inmediatamente de las medidas de Bioseguridad establecidas mas adelante (Ver Punto 5: De las Medidas de Bioseguridad)
 - El Jefe de Guardia INMEDIATAMENTE dispondrá lo necesario para su recibimiento en la Sala de Atención de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar). Asimismo comunicar inmediatamente vía telefónica al Comité del INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar). Esta comunicación no anula, ni debe retrasar el manejo y la investigación del caso.
 - Los traslados deberán hacerse en camillas con el paciente usando mascara quirúrgica y el Personal de Salud con las medidas de Bioseguridad establecidas.
- d. **SALA DE ATENCIÓN CASOS INFLUENZA PANDEMICA.**- Ubicada en el Sector Carrión (mas conocida como Sala San Miguel), será recibido por Personal de Salud que conforma el Equipo de Asistencial de Atención, quienes deberán observar las medidas de Bioseguridad establecidas y cumplir con el protocolo de Insuficiencia Respiratoria Aguda. El Ingreso a esta Sala implica estar

Autorizado y colocarse la indumentaria de Bioseguridad que se le proporcionara en el Vestibulo de Ingreso.

1º. Área de Evaluación Inicial:

- En esta Área de la Sala se evaluara el caso para determinar el cumplimiento de la definición de caso Sospechoso y acto seguido establecer la severidad del cuadro clínico según Guía de Manejo, con el fin de definir su destino. Asimismo se asegurara iniciar o completar la Investigación de caso de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar).
- Se utilizara las siguientes DEFINICIONES DE CASO:

CASO SOSPECHOSO INFLUENZA A-H1N1:

- Estuvo en los 7 días previos al inicio de su enfermedad en zona donde hay casos confirmados de infección con virus de Influenza A-H1N1 o estuvo en contacto cercano con un caso sintomático confirmado de infección por Influenza A-H1N1; **y**
 - Presenta FIEBRE mayor de 38°C.
 - Se acompaña de los siguientes síntomas: RINORREA o TOS o DOLOR DE GARGANTA.
- El Jefe de Guardia Asistencial y/o el Medico Asistente de la Sala de Atención debe comunicar inmediatamente todo caso vía telefónica al Comité del INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar). Esta comunicación no anula, ni debe retrasar la investigación del caso.
 - Tomar de inmediato las siguientes ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL:
 - El paciente deberá usar mascarillas quirúrgicas (debe cubrir nariz y boca), e indicarles usar protección al toser o estornudar;
 - Ser hospitalizados en la sala de aislamiento designada para tal fin, según el grado de Insuficiencia Respiratoria;
 - Continuar o Iniciar la Investigación del Caso y Contactos;
 - Asegurarse de que los contactos reciban orientación sobre INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar).

2º. Área de Atención de Casos SIN requerimiento de Intubación o Ventilación Mecánica:

Es el área donde se irá dando atención a los pacientes que tienen cuadro clínico menos grave, y que habitualmente constituyen la gran mayoría de los casos, siendo manejado por los médicos del Servicio de Infectología y Neumología. Estarán ubicados a partir del Segundo Ambiente de la Sala, una vez clasificados en el Área de Evaluación. Es requisito Obligatorio que el Personal de Salud que ingrese o permanezca cumpla estrictamente las medidas de Bioseguridad señaladas.

3º. Pacientes CON requerimiento de Intubación o Ventilación Mecánica:

Serán atendidos en Cuarto de Aislamiento del departamento de Cuidados Críticos (de ser necesario se coordina Apoyo del Hospital Sabogal-ESSALUD) los pacientes que tienen cuadro clínico grave, donde se contara con terapia ventilatoria, siendo manejado por los médicos del Servicio de Cuidados Intensivos.

4°. De la Investigación Epidemiológica:

- Determinada la presencia de un Caso Sospechoso, se debe realizar la investigación utilizando la Ficha de Investigación Epidemiológica de casos de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar),
- Notificación a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, anexo 3121, con el fin de iniciar, sino fue realizada, la Búsqueda activa de casos y contactos estrechos o cercanos en la población expuesta (pasajeros de avión o nave, personal que atendió a los casos, personas en contacto directo con secreciones respiratorias y fluidos corporales de un caso diagnosticado de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar).
- Se declara la obligatoriedad de la NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE LOS CASOS DE INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar), y la casos sospechosos de infección por Virus INFLUENZA PANDEMICA y de otros virus respiratorio mediante el uso de la FICHA CLINICA DE VIGILANCIA DE INFLUENZA PANDEMICA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS por parte del Personal Medico del HNDAC que atienda el Caso, tanto en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia; la cual deberá estar llenada en forma completa y letra legible, consignando al final sus Apellidos, Nombres, firma y C.M.P.
- Se tomarán MUESTRAS a los casos sospechosos de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar) en forma similar a la toma de muestras de otros virus respiratorio. Las muestras serán tomadas por Personal de Laboratorio del Hospital e inmediatamente deberán ser remitidas, acompañada de su ficha correspondiente, al Instituto Nacional de Salud, para lo cual deberá comunicárseles por la vía más rápida.

5°. De las Medidas de Bioseguridad y Control de Infecciones.-

- Se RECUERDA la vigencia y obligatoriedad de cumplimiento del MANUAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS, en especial de la Normativa Básica de Bioseguridad, Capítulos I, II y III; para la atención de pacientes en todos los niveles, y de manera especial en los casos de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar).
- Para el Personal de Salud en la Atención de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar):
 - **Mantener Precauciones de Estándar de Bioseguridad en el manejo de secreciones respiratorias y fluidos corporales.**
 - **Debe usar Mascara Quirúrgica (o Respirador N-95 si se realiza procedimientos generadores de aerosoles), Protector Ocular, Guantes y Mandil descartables para toda atención a los pacientes con sospecha de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar).**
 - **Deberá contar con Inmunización actualizada para INFLUENZA PANDEMICA, Hepatitis B y Tétanos, y por lo menos una Evaluación Medica en el ultimo año.**
- El Personal de Laboratorio (o quien tome las muestras), de Radiología y Nutrición debe cumplir las mismas medidas que para la atención de casos sospechosos de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar).
- Ningún Personal NO Autorizado puede ingresar a la Sala de Atención de Casos de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar).
- Toda Persona cuyo ingreso se autorice deberá cumplir estrictamente las recomendaciones de bioseguridad señalada.

- Para el Personal de Anatomía Patológica que realice una Necropsia de un Caso de INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar R) debe observar estrictamente las medidas de Bioseguridad para Necropsias.

X. RESPONSABILIDADES

- ✓ Los Jefes de Áreas Funcionales, Jefes de Departamentos y Servicios involucrados son los encargados de hacer cumplir según su competencia el presente Plan.
- ✓ El Jefe de Guardia es responsable del cumplimiento de todas las medidas del presente Plan y otras directivas que del mismo se desprendan.
- ✓ El Personal de salud según sus funciones o actividades regulares deben cumplir las mismas en concordancia con el presente Plan y otras directivas que del mismo se desprendan.
- ✓ El Comité es responsables de la actualización del presente Plan, y de mantener un flujo de información a las áreas involucradas, a fin de mantener al día el estado de conocimiento sobre el INFLUENZA PANDEMICA (Porcina o Aviar).

XI. RED DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- ✓ Dirección Regional de Salud del Callao - El Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" - Hospital San José
- Así mismo cuenta con los Hospitales de ESSALUD: Hospital Sabogal y Hospital Luis Negreiros Vega

XII. COORDINACIONES INTER-INSTITUCIONALES

- CUERPO GENERAL DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DEL PERU. V COMANDANCIA DEPARTAMENTAL DEL CALLAO
- CRUZ ROJA PERUANA. CRUZ ROJA DEL CALLAO
- POLICIA NACIONAL DEL PERU. COMISARÍA DE DELEGACIÓN DE BELLAVISTA
- MUNICIPALIDAD DE LA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO.
- MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE BELLAVISTA
- MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CARMEN DE LA LEGUA-REYNOSO

XIII. FIN DE LA EMERGENCIA SANITARIA

Su determinación es de responsabilidad del Comité, implica el retorno al periodo interpandémico y por ende haber sido establecida la situación de periodo Pospandémico por la máxima Autoridad de Salud del MINSA, y se ejecutara mediante comunicación oficial difundida.

Bellavista, 30 de Abril del 2009

ANEXOS

- ANEXO 1: DEFINICIONES PARA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE CASOS DE INFLUENZA A-H1N1**

- ANEXO 2: FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE CASOS SOSPECHOSO DE INFLUENZA PANDEMICA.**

- ANEXO 3: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A-H1N1 EN LA SALA AISLAMIENTO**

- ANEXO 4: ALGORITMO MANEJO DE CASO EN SALA DE AISLAMIENTO**

- ANEXO 5: FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL MANEJO DE PACIENTE CASO SOSPECHOSO DE INFLUENZA**

- ANEXO 6: CONVENIO REALIZADO ENTRE EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN (MINSa) Y ALBERTO SABOGAL (ESSALUD).**

DEFINICIONES PARA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE CASOS DE INFLUENZA A-H1N1

CASO SOSPECHOSO INFLUENZA A-H1N1:

- Estuvo en los 7 días previos al inicio de su enfermedad en zona donde hay casos confirmados de infección con virus de Influenza A-H1N1 o estuvo en contacto cercano con un caso sintomático confirmado de infección por Influenza A-H1N1; **y**
- Presenta FIEBRE mayor de 38°C.
- Se acompaña de los siguientes síntomas: RINORREA o TOS o DOLOR DE GARGANTA.

CLASIFICACION PARA MANEJO INFLUENZA A-H1N1:

CASO LEVE:

- ✓ Presenta fiebre mayor de 38°C.
- ✓ Se acompaña de los siguientes síntomas: rinorrea o tos o dolor de garganta.

CASO MODERADO:

- ✓ Presenta fiebre mayor de 38°C.
- ✓ Se acompaña de los siguientes síntomas: rinorrea o tos o dolor de garganta.
- ✓ **Dificultad respiratoria leve o moderada. Signología respiratoria baja.**
- ✓ **Radiografía de tórax compatible a neumonía limitada a un lóbulo**

CASO GRAVE:

- ✓ Presenta fiebre mayor de 38°C.
- ✓ Se acompaña de los siguientes síntomas: rinorrea o tos o dolor de garganta.
- ✓ **Dificultad respiratoria severa.**
- ✓ **Inestabilidad de funciones vitales**
- ✓ **Radiografía de tórax compatible a neumonía multilobar.**

PROCEDIMIENTO DE TRASLADO DE PACIENTE SOSPECHOSO DE INFLUENZA A-H1N1

El Paciente puede ser:

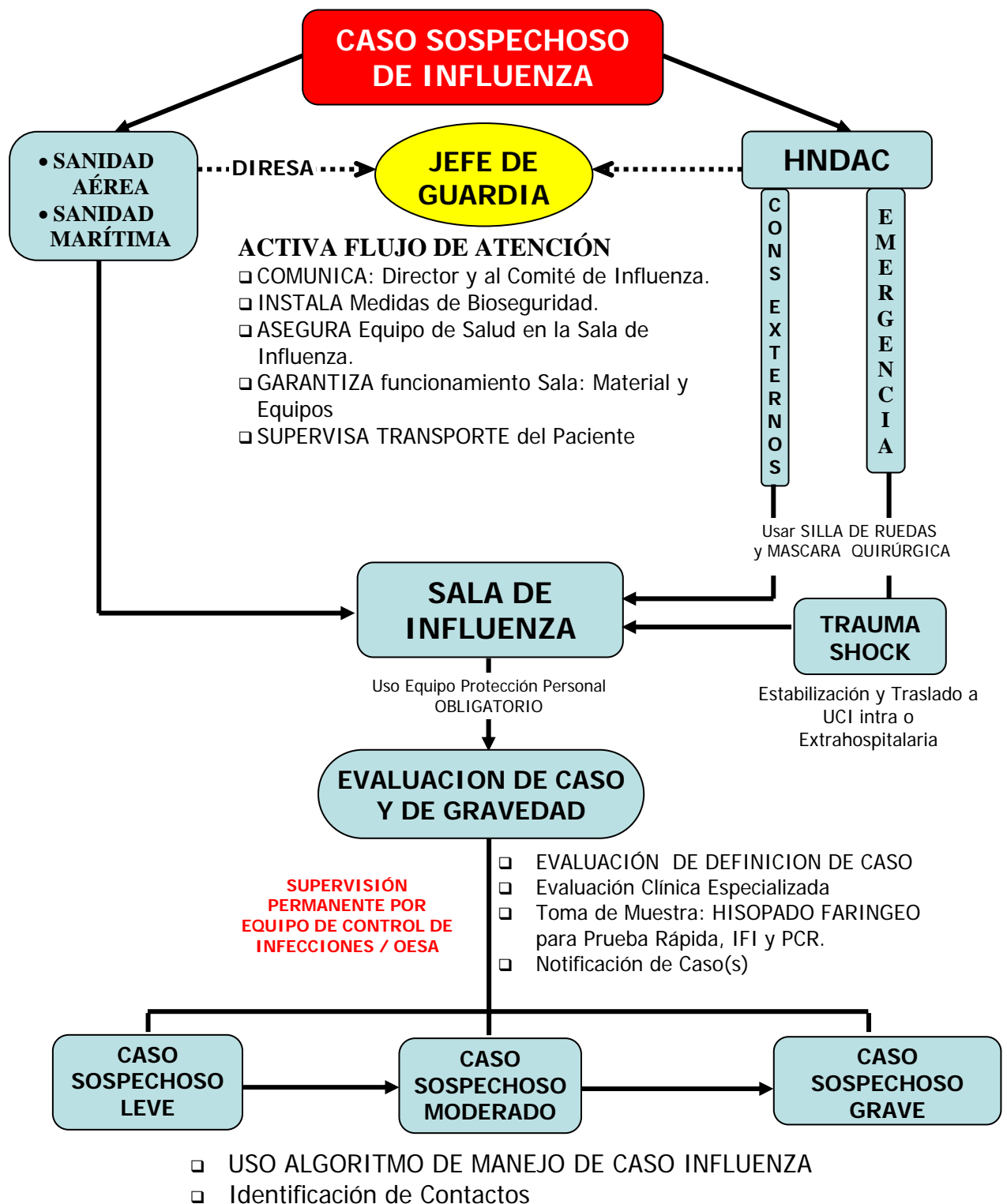
1. Paciente referido Sanidad Aérea:

Todo paciente catalogado como caso sospechoso procedente del Aeropuerto ingresa en la Ambulancia por jirón Colina y se conduce de inmediato a la Sala de Aislamiento para su evaluación respectiva.

2. Paciente procedente de la Comunidad:

Todo paciente considerado como caso sospechoso, que es evaluado en consulta externa o Emergencia se traslada en silla de ruedas con mascarilla a la Sala de Aislamiento.

FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE CASOS SOSPECHOSO DE INFLUENZA PANDEMICA. HNDAC. 2009

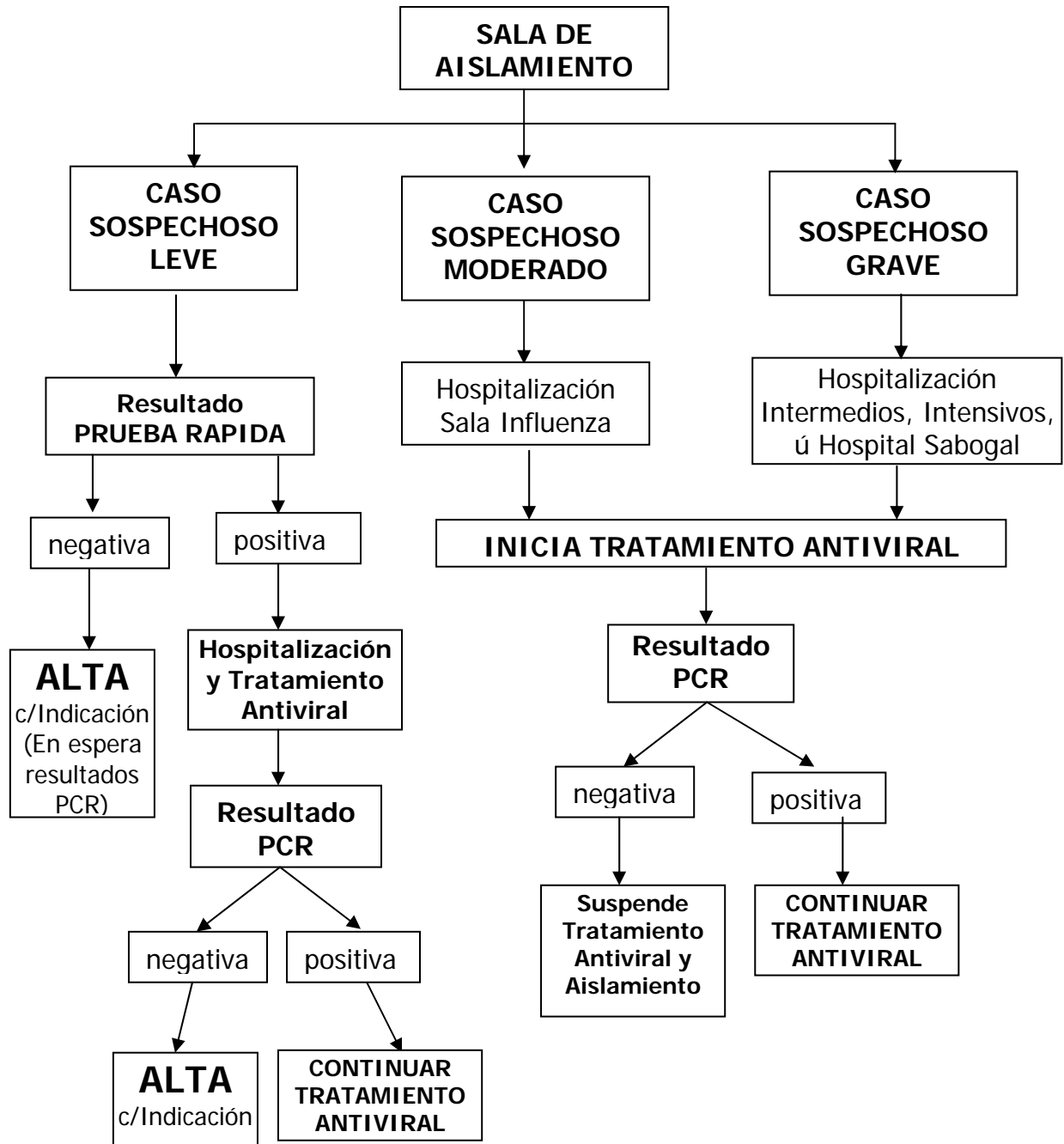


PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE INFLUENZA A-H1N1 EN SALA AISLAMIENTO

1. El MÉDICO programado en Sala de Aislamiento REEVALÚA Y DEFINE EL CASO.
2. **NO CUMPLE CRITERIOS DE CASO SOSPECHOSO:** Registra la atención y da alta, con recomendaciones.
3. **CASO LEVE:**
 - ✓ Se toma muestra de hisopado nasofaríngeo para Prueba rápida de Influenza e Inmunofluorescencia indirecta (IFI) y PCR
 - ✓ Si prueba rápida es NEGATIVA se da recomendaciones y alta.
 - ✓ Si prueba rápida es POSITIVA se hospitaliza e inicia tratamiento antiviral, y se espera resultado de PCR.
 - ✓ Tratamiento: Oseltamivir capsulas 75 mg, V.O. cada 12 horas.
 - ✓ Se aplica Guía de Manejo de casos de Influenza
 - ✓ Si PCR es NEGATIVO y no presenta complicaciones se suspende tratamiento antiviral y no reúne criterios de hospitalización se da Alta.
4. **CASO MODERADO:**
 - ✓ Se hospitaliza en Sala Aislamiento.
 - ✓ Se toma muestra de hisopado nasofaríngeo para Prueba rápida de Influenza e Inmunofluorescencia indirecta (IFI) y Reacción en cadena de la polimerasa (PCR).
 - ✓ Se inicia tratamiento: Oseltamivir capsulas 75 mg, V.O. cada 12 horas.
 - ✓ Se aplica Guía de Manejo de casos de Influenza
5. **CASO GRAVE:**
 - ✓ Se estabiliza y se traslada a la Unidad de Cuidados Intermedios Aislados.
 - ✓ Se toma muestra de hisopado nasofaríngeo para Prueba rápida de Influenza e Inmunofluorescencia indirecta (IFI) y PCR

(VER: ALGORITMO MANEJO DE CASO EN SALA DE AISLAMIENTO)

ALGORITMO MANEJO DE CASO EN SALA DE AISLAMIENTO HNDAC. 2009



| TRATAMIENTO CON OSELTAMIVIR PARA INFLUENZA | |
|--|------------------------|
| PESO | Dosis por Kg de peso |
| Menores de 15 Kg | 30 mg dos veces al día |
| De 15 a 23 Kg | 45 mg dos veces al día |
| De 23 a 40 Kg | 60 mg dos veces al día |
| Más de 40 Kg | 75 mg dos veces al día |
| La duración recomendada para el tratamiento con Osetamivir es de 5 días. | |



ANEXO N° 5



VIGILANCIA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA

ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

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

IDENTIFICACION 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):

CLINICA

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): | <input type="text"/> |
| Tos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otalgia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Adenopatías | <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: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hisopado faríngeo: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Aspirado nasofaríngeo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Suero de fase aguda: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Suero de fase convalescente: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otros: <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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: _____

FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL MANEJO DE PACIENTE CASO SOSPECHOSO DE INFLUENZA

1. MEDICO PARA ATENCIÓN EN AISLADOS

- Evaluación de definición de caso
- Evaluación clínica especializada
- Indicación de hisopado nasofaríngeo para Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR) al laboratorio de Emergencia.
- Indicación de muestra rápida al laboratorio de Emergencia de ser el caso.
- Indicación médica
- Disponibilidad de 8 a.m. a 2 p.m. Dependiente del Departamento de Medicina
- A partir de las 2 p.m., el médico Jefe de Guardia asumirá la evaluación del paciente.
- Notificación de caso a la Dirección General
- Información a los familiares

2. ENFERMERA ASISTENCIAL

- Atención integral de enfermería:
 - Control de funciones vitales, oximetría de pulso
 - Evaluación física
 - Coordinación para trámites de admisión
 - Administración de terapia
 - Coordinación permanente con el médico tratante
 - Coordinación con el laboratorio, rayos x, etc.
 - Vigilancia de medidas de bioseguridad

3. TÉCNICA DE ENFERMERÍA

- Cumplir las indicaciones de enfermería
- Realizar trámites administrativos
- Aplicación de medidas de bioseguridad.
- Preparación del módulo del paciente con todos los implementos necesarios.

4. TÉCNICO/TECNOLOGO DE LABORATORIO

- Aplicación de medidas de bioseguridad.
- Toma de muestra del Hisopado nasofaríngeo
- Coordinación para recojo de muestra por parte de la DIRESA (Dr. Loayza 998042023)
- Toma de muestras de laboratorio indicadas.

5. TÉCNICO/TECNOLOGO DE RADIOLOGIA

- Realiza Toma de Examen Radiológico
- Aplicación de medidas de bioseguridad.

6. ARTESANO DE NUTRICIÓN

- Entrega y recojo de alimentos indicados, con las medidas de bioseguridad estandarizadas.

7. TÉCNICO DE OXÍGENO

- Entrega y recojo de balones de oxígeno según solicitud de enfermería, con las medidas de bioseguridad estandarizadas.

CONVENIO REALIZADO ENTRE EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN (MINSA) Y ALBERTO SABOGAL (ESSALUD).

La atención del paciente asegurado sospechoso de gripe porcina se realizará en el Hospital Alberto Sabogal (ESSALUD), cuya categorización podrá resultar en:

1. CASO SOSPECHOSO LEVE CON PRUEBA RAPIDA POSITIVA: Se procederá a la Hospitalización en la Sala de Aislamiento HNDAC hasta resultado de PCR.
2. CASO SOSPECHOSO MODERADO: Se procederá a Hospitalización en la Sala de Aislamiento HNDAC e inicio de tratamiento antiviral hasta resultados de PCR.
3. CASO SOSPECHOSO GRAVE: Se procederá a Hospitalización en Alberto Sabogal, una vez superada la capacidad de dos pacientes sospechosos graves hospitalizados en HNDAC, en cuyo caso se instalará equipos biomédicos provenientes de ESSALUD.

El transporte de pacientes del Hospital Alberto Sabogal al Hospital Daniel Alcides Carrión y viceversa estará a cargo de ESSALUD.