



REPUBLICA DE HONDURAS

PLAN NACIONAL DE PREPARACIÓN RESPUESTA Y MITIGACIÓN EN SITUACIÓN DE PANDEMIA DE INFLUENZA

ESTE DOCUMENTO HA SIDO ELABORADO CON LA PARTICIPACION DE LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES:

Secretaría de Salud

Secretaría de Agricultura y Ganadería

Secretaría de Gobernación y Justicia

Secretaría de Relaciones Exteriores

Secretaría de Seguridad

Secretaría de Defensa

Secretaría de la Presidencia

Secretaría de Finanzas

Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa

Secretaría de Recursos Naturales

Secretaría de Educación

Asociación de Municipios de Honduras (AMHON)

Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA)

Empresa Nacional de Energía Eléctrica (ENEE)

Cruz Roja Hondureña

HONDUSALUD

HONDUTEL

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Centro de Control de Enfermedades (CDC)

UNICEF

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN	5
2.- ANTECEDENTES	6
3.- PROPÓSITO	9
4.- OBJETIVOS GENERAL	9
4.1.- General	9
4.2.- Específicos	9
5.- COMPONENTES DEL PLAN	10
5.1.- Fases de la pandemia según OMS	12
6.- FASES DEL PLAN SEGÚN COMPONENTES	14
6.1.- Periodo Interpandémico Fase I	14
6.2.- Periodo Interpandémico Fase II	18
6.3.- Periodo de alerta pandémica Fase III	22
6.4.- Periodo de alerta pandémica Fase IV	26
6.5.- Periodo de alerta pandémica Fase V	29
6.6.- Periodo pandémico Fase VI	33
6.7.- Periodo postpandémico Fase VII	40
7.- ANEXOS	43
7.1.- Preparación para una emergencia	43
7.1.1.- Comisión nacional	43
7.1.2.- Funciones principales de la comisión	44
7.1.3.- Comité Técnico Intersectorial anti pandémico	44
7.1.4.- Estimación del riesgo e impacto ante una pandemia	46
7.1.5.- Ética	47
7.1.6.- Organización de la cooperación internacional	48
7.2.- Vigilancia epidemiológica	49
7.2.1.- Introducción	49
7.2.2.- Objetivo de la vigilancia epidemiológica	49
7.2.3.- Actividades de vigilancia epidemiológica	49
7.2.4.- Vigilancia centinela	50
7.2.5.- Vigilancia intensificada	57
7.2.6.- Comunicación para el cumplimiento del RSI	64
7.3.- Manejo de casos	75
7.3.1.- Objetivo	75
7.3.2.- Flujo de los casos sospechosos según nivel de	

7.3.3.- Triaje	77
7.3.4.- laboratorio	87
7.3.5.- Procesamiento de las muestras de las vías respiratorias	87
7.3.6.- Criterios de obtención de muestras	88
7.3.7.- Logística para la obtención de muestras	88
7.3.8.- Procesamiento y análisis de muestras	88
7.3.9.- Flujo de aislados y muestras en el Laboratorio Nacional de Virología	89
7.3.10.- TRATAMIENTO	93
7.3.11.- Tratamiento de soporte	93
7.3.12.- Tratamiento antiviral	93
7.3.13.- Indicaciones para el tratamiento con antivirales	95
7.3.14.- Quimioprofilaxis	97
7.3.10.- Complicaciones a considerar	97
7.3.11.- Criterios de alta	98
7.4.- Medidas de contención poblacional	99
7.4.1.- Objetivo	99
7.4.2.- Medidas de prevención para personal sanitario	99
7.4.3.- Para contacto con pacientes	99
7.4.4.- Medidas a tomar en el traslado de pacientes	100
7.4.5.- Métodos de desinfección	100
7.4.6.- Uso racional de equipos de protección personal (EPP)	101
7.4.7.- Fallecimientos	101
7.4.8.- Coordinación de actividades	102
7.4.9.- Manejo de cadáveres	102
7.4.10.- VACUNACIÓN	104
7.4.11.- Objetivo	105
7.4.12.- Determinación de Grupos Prioritarios	105
7.4.13.- Medidas no farmacológicas	106
7.4.14.- Nivel de aplicación de las intervenciones no farmacológicas	107
7.4.15.- Definiciones	107
7.4.16.- Objetivo	108
7.4.17.- Recomendaciones especiales para el manejo domiciliario	108
7.4.18.- Control de infección a nivel comunitario	112
7.4.19.- Medidas de distanciamiento social	112
7.4.20.- Aspectos legales y el marco ético en la aplicación de las medidas de contención no farmacológicas	114
7.4.21.- Aspectos a considerar en la implementación de medidas no farmacológicas	114
7.5.- Preservación de servicios básicos	117
7.5.1.- Respuesta de los servicios de salud	117
7.5.2.- Traslado de casos a los hospitales de referencia	117
7.6.- Investigación y evaluación	120
7.7.- Implementación del plan	121

7.8.- Interface humana – animal	125
7.8.1.- Vigilancia animal	125
7.8.2.- Sistema de prevención para evitar la introducción de la influenza aviaral país	126
7.8.3.- Medidas de bioseguridad	126
7.8.4.- Sistema de vigilancia	127
7.8.5.- Diagnóstico	128
7.8.6.- Medidas de prevención y Control	131
7.8.7.- Acciones en el área focal	131
7.8.8.- acciones en el área peri focal	131
7.8.9.- Inspección clínica y rastreo epidemiológico	131
7.8.10.- Acciones en área Tampón	131
7.8.11.- Avaluó	132
7.8.12.- Despoblación	132
7.8.13.- Limpiezay desinfección	132
7.8.14.- Centinelización	132
7.8.15.- Vigilancia epidemiológica	132
7.8.16.- Vacunación	132
7.8.17.- Componente: Información, educación y comunicación	133
7.9.- Plan de información, comunicación y educación	135
7.9.1.- Comunicación interna	135
7.9.2.- Activación del Sistema Nacional de Emergencias	135
7.9.3.- Objetivo general	136
7.9.4.- Objetivos específicos	136
7.9.5.- Momentos para las acciones de comunicación	137
7.9.6.- Interlocutores Identificados – Grupos Meta	139
7.9.7.- Objetivos educativos	142
7.10.- Flujo grama de traslado de pacientes ambulatorios	150
7.11.- Reglamentación de la Comisión Nacional	151
8.- GLOSARIO DE TÉRMINOS	157
9.- BIBLIOGRAFIA	159

1.- INTRODUCCIÓN:

El Plan Nacional de Preparación para la Pandemia de Influenza en Honduras, es un documento que dicta los lineamientos a seguir por el Sistema Nacional de Salud en conjunto con todos los actores que tienen responsabilidad en el mismo, ante la aparición de un nuevo virus de la influenza que sea capaz de producir enfermedad y muerte en seres humanos. El plan nacional aborda los aspectos fundamentales que norman las medidas a desarrollar en el enfrentamiento de la pandemia.

Este documento es producto de un largo trabajo donde han participado varios actores nacionales con el apoyo de la cooperación externa, en éste plan se definieron las fases de progresión de la enfermedad que podrían esperarse tras la infección humana por un subtipo nuevo del virus de la influenza humana, describe las medidas que serían adoptadas durante estas fases, indica los aspectos que debían considerar las autoridades nacionales y proporciona información básica. Ha resultado útil para orientar la planificación antipandémica y responder a diversos episodios derivados, como las limitadas infecciones humanas por nuevos subtipos del virus de la influenza, específicamente la aviar, presumiendo que por su carácter severo el virus de influenza aviar H5N1 sería el re-asociado, razón por la cual se vigilan las aves las cuales mueren en su mayoría y se esperaba seguiría siendo este el mismo comportamiento, con lo cual podríamos identificar en forma temprana su ingreso y contener un brote una vez identificado, sin embargo, el virus apareció en los cerdos los cuales se enferman pero no necesariamente mueren y por consiguiente pasaron por inadvertidos y la re-asociación del virus nos tomó a todos por sorpresa.

Hoy, el plan precisa actualización y modificación a la luz de varios elementos recientes. Uno es el reconocimiento de la infección animal endémica por un subtipo del virus de la influenza (AH1N1), que se ha transmitido reiteradamente a los seres humanos, causando enfermedades humanas mortales. Otros elementos recientes comprenden la experiencia ganada por el país ante la pandemia actual, las mejoras en los procedimientos de diagnóstico laboratorial, los progresos en la comprensión de las características biológicas evolutivas de los virus de la influenza y la revisión en curso de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

Cabe señalar que ningún país puede considerarse preparado para enfrentar una pandemia; en tal sentido, este plan de preparación antipandemia se construye sobre procesos dinámicos en continuo desarrollo, por lo que está sujeto a transformaciones en la medida que se obtenga mayor información

sobre la evolución de la pandemia y se ejecuten las acciones correspondientes en cada una de las actividades propuestas por fase.

En el contenido del plan antipandémico se hace una breve descripción inicial sobre el virus de la influenza, su comportamiento histórico mundial y nacional, propósito, objetivos, las principales actividades que deben realizar los diferentes sectores involucrados según las fases de la pandemia que la OMS ha definido, un apartado de anexos donde se describen detalladamente las actividades y tareas que el país ha definido realizar en base a los componentes priorizados, finalizando con las secciones de glosario de términos y bibliografía consultada.

Sin embargo todos los esfuerzos a realizar para el abordaje a esta problemática deberán contar con el apoyo político sostenido así como la coordinación interinstitucional y de las agencias de cooperación externa, que sin su participación no será posible cumplir con los objetivos que este plan pretende.

2.- ANTECEDENTES:

Los virus de influenza son virus de genoma RNA clasificados en la familia Orthomyxoviridae. Ellos constituyen 3 de los 5 géneros de la familia y se designan como género Influenzavirus A, Influenzavirus B e Influenzavirus C. Cada uno de estos géneros está representado por especies simples: virus Influenza A, Influenza B e Influenza C.

Existen diferentes subtipos de virus de Influenza A, definidos por las glicoproteínas de superficie: hemaglutinina (HA) y neuraminidasa (N). Estos virus infectan a humanos y a un amplio rango de especies de aves y mamíferos. Los virus de Influenza B no muestran esta variación en subtipos y parecen afectar solo a los humanos, y causan epidemias pero no pandemias, posiblemente debido a que no hay reservorios de nuevas variaciones antigénicas en huéspedes no humanos. Los virus de Influenza C infectan a los humanos y han sido aislados de cerdos en China, no están asociados con pandemias ni epidemias en los humanos.

La influenza aviar fue reconocida en Italia desde 1878 como una enfermedad viral. A lo largo del siglo XX, la humanidad ha sufrido un número de pandemias causadas por el virus de la influenza (Cuadro 1), que ocasionaron una carga alta de morbilidad y mortalidad, principalmente por la elevada virulencia de los patógenos circulantes, la falta de accesibilidad a las medidas de tratamiento y contención adecuadas en esos momentos del pasado.

CUADRO No.- 1 PANDEMIAS DEL SIGLO XX

AÑO	CEPA	MUERTES	GRUPO DE EDAD	MEDIDAS CONSIDERADAS
1918 Gripe española	H1N1	40 – 100 millones	25 años	No vacuna disponible
1959 Gripe asiática	H2N2	2 millones	Niños pequeños y adultos jóvenes	Poca vacuna disponible en forma tardía
1969 Gripe Hong Kong	H3N2	1 millón	Niños pequeños y adultos jóvenes	Vacuna disponible y en forma tardía

La historia de las pandemias previas demuestran que los nuevos subtipos de virus influenza A no aparecen a intervalos definidos como se tenía reportado y que no todos los episodios de infecciones humanas con un nuevo subtipo de virus influenza pueden conducir a una pandemia.

Los virus se propagan en individuos que poseen niveles variables de inmunidad a partir de infecciones adquiridas tempranamente en la vida. El transporte aéreo puede acelerar la propagación de un nuevo virus y disminuir el tiempo disponible para preparar las intervenciones, teniendo como consecuencia que los sistemas de atención a la salud puedan ser rápidamente saturados, las economías excedidas y el orden social alterado.

Cuando los virus pandémicos aparecen, puede haber varias ondas de brotes con un intervalo de 3 a 9 meses entre ellas. Esto sugiere que los programas de prevención que involucran vacunas o drogas antivirales deben ser implementados más extensamente para la segunda onda; sin embargo, las acciones de prevención, identificando de forma oportuna el brote inicial y reforzando la vigilancia epidemiológica en los puntos de entrada y salida del país permitirán tener una respuesta oportuna.

Aun cuando se considera imposible detener la propagación de un virus pandémico, debe ser necesario minimizar las consecuencias, estando preparados para el desaffo con anterioridad.

Esta enfermedad como es bien sabido es causante de un aumento en la incidencia de enfermedades respiratorias altas y bajas como se ha visto en los registros de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, al incrementarse de forma súbita el número de casos tratados en los

CESAMOS y CESARES, así como las neumonías graves y muertes en los hospitales. Por tal razón una de las actividades de vigilancia epidemiológica más importante deberá ser la vigilancia sindrómica del comportamiento de estas enfermedades en los servicios de salud ambulatorio y hospitalario a través de la definición de casos de ETI (todos los diagnósticos de infecciones respiratorias superiores agudas: resfrío común, gripe, influenza, faringitis aguda, rinofaringitis aguda, faringoamigdalitis aguda, se exceptúan las faringoamigdalitis estreptocócica, las otitis y la sinusitis) e IRAG (Neumonías, bronconeumonías) que ameritan hospitalización). Los ancianos, embarazadas o personas con enfermedades crónicas subyacentes, están más expuestos a experimentar complicaciones, sin embargo los niños menores de cinco años pueden sufrir una enfermedad severa.

De acuerdo al análisis de los primeros 100 casos de AH1N1 del 23 de abril del 2009, que se presentaron en el país, el 91% de los casos se corresponden a los municipios de San Pedro sula y Cortes, la razón hombre –mujer fue de 1:1, el grupo de edad más afectado es el de 5 a 14 años (60%), las escuelas y los colegios fueron los centros más afectados (75%), la fiebre, tos y rinorrea caracterizo el cuadro clínico, un 2% requirió de hospitalización, 45 % recibieron tratamiento con antivirales, no se reportaron muertes hasta la fecha lo que evidencia una baja letalidad del virus de la Influenza A(H1N1).

El cuadro actual está relacionado a un nuevo virus identificado como Influenza A (H1N1) con fracciones genéticas de origen aviar, humana y porcina de Norteamérica, Europa y Asia.

Los virus de la influenza porcina por lo general no infectan a los seres humanos; sin embargo han ocurrido casos esporádicos de infecciones de influenza porcina en seres humanos. En este momento no se ha podido establecer la fuente primaria.

El nuevo virus de **Influenza A(H1N1)**, ha demostrado transmisión de humano-humano. Según directrices de OMS a partir de 30 de abril de 2009, declaró una situación epidémica

3.- PROPÓSITO

Reducir la diseminación del virus pandémico de la influenza en el territorio y los efectos de la pandemia en la salud de la población y su consecuente disfunción económica y social.

4.- OBJETIVOS

4.1.- General

- Organizar la respuesta social nacional a través de la instrumentación oportuna de un Plan de Preparación y Respuesta, la coordinación del Comité Nacional Antipandémico y la optimización de los recursos existentes con la finalidad de disminuir el riesgo de enfermedad y muerte por el virus de la influenza en la población.

4.2.- Específicos:

- Facilitar la planificación y respuesta adecuada de todos los sectores y niveles de atención a través de la implementación de un plan que identifique claramente las funciones y roles de cada sector.
- Desarrollar y fortalecer un plan de vigilancia epidemiológica flexible que permita caracterización del comportamiento de la enfermedad de manera oportuna, permanente y adecuada.
- Proporcionar atención médica integral centrada en el paciente y siguiendo los lineamientos de la de la OMS adecuados a la capacidad nacional de acuerdo al nivel de complejidad.
- Elaborar e implementar medidas de control de infecciones dirigidas al personal de salud, pacientes, población en general y al ambiente que contribuyan a la disminución de la transmisión de la enfermedad.
- Implementar un Plan de Comunicación efectiva orientado a la población en general con la finalidad de concientizar, movilizar y generar comportamientos protectores ante un posible brote de influenza que minimicen los daños a la salud y retarden la transmisión de la enfermedad.

5.- COMPONENTES DEL PLAN

El plan antipandemia sigue el esquema brindado por la OMS, se estructura en siete fases, que incluye el periodo postpandémico o de retorno al periodo interpandémico. En este esquema se incluyen las actividades de los nueve contenidos temáticos que se requiere para su elaboración, iniciando de la siguiente manera:

5.1.- Preparación para una emergencia: en este contenido temático se describen todas las actividades de preparación del país, ante la eventual amenaza mundial de una pandemia de

influenza, que se inicia con la conformación de la Comisión Nacional de Preparación, Respuesta y Mitigación ante una eventual Pandemia de Influenza, como organismo técnico, operativo y consultivo nacional, elaboración de un plan nacional antipandemia de país y el establecimiento de todos los mecanismos de concertación, programación y provisión con la finalidad de hacer operativo el plan nacional.

5.2.- El contenido técnico de vigilancia epidemiológica describe todas las actividades que el país realizara en materia de vigilancia humana de las ETI e IRAG con la finalidad de detectar de manera oportuna el ingreso del virus al país, conocer su dispersión geográfica, su tendencia, su intensidad y su impacto en la población.

5.3.- En manejo de casos se describe los procedimientos que debe seguir el personal de los servicios de salud, para garantizar una atención oportuna y adecuada de los casos de ETI e IRAG, los procedimientos de triaje, el flujograma de pacientes según nivel de complejidad, las pautas de manejo medicamentoso así como el manejo laboratorial.

5.4.- Las medidas de contención poblacional son el conjunto de actividades que se deben realizar a nivel de los servicios, comunidad, persona y público en general con miras a evitar el contagio y la propagación de la enfermedad en la población, incluye aquellas medidas restrictivas en los ámbitos personal y grupal que evite la diseminación acelerada de la enfermedad, incluye la vacunación cuando se tenga acceso a ella.

5.5.- La preservación de servicios básicos no es más que la información sobre el inventario de recursos con los que el país cuenta para hacer frente a la amenaza de una pandemia, que incluyen además otros servicios básicos como agua, saneamiento, electricidad y otros servicios de apoyo para hacer frente a la enfermedad.

5.6.- Investigación y evaluación se describe aquellas investigaciones que el país hará sobre el comportamiento de la pandemia o las determinantes nacionales que influyen para la diseminación o su retraso, así como aspectos tendientes a evaluar las actividades desarrolladas en el plan durante la pandemia o previo a esta, con miras a generar conocimientos, que proporcione insumos para el control efectivo de la misma.

5.7.- Implementación del plan: se definen las metas e indicadores del plan, así como los periodos de tiempo y mecanismos para la realización de modificaciones y pruebas en base a la experiencia de país y de las experiencias internacionales, también se definen los procedimientos para la sistematización de experiencias en el proceso de implementación del mismo.

5.8.- Interface humana animal: se describen las actividades de coordinación con los sectores de ganadería y agricultura para el desarrollo de las actividades de vigilancia y diagnóstico aviar

o animal, así como el manejo de los brotes, capacitación y movilización de las personas que se dedican a estas actividades como productores o trabajadores en el medio.

5.9.- Plan de comunicación: en este apartado se definen todos los contenidos de comunicación y divulgación para todas las audiencias, se definen además los mensajes en base a los periodos de la pandemia para mejorar los comportamiento de las personas, grupos y público en general, y las instancias de comunicación oficial sobre el comportamiento de la pandemia en el país con los medios de comunicación masivos y a nivel internacional.

FASES DE LA PANDEMIA SEGÚN OMS

FASES PANDEMICAS	CARACTERÍSTICA	METAS DE SALUD PÚBLICA
PERÍODO INTERPANDÉMICO		
Fase 1	No se han detectado nuevos subtipos del virus de influenza en los seres humanos. Un subtipo de este virus que ha causado infección humana puede estar presente o ausente en los animales. Si está presente en los animales, el riesgo de infección o enfermedad humana se considera bajo.	Fortalecer los preparativos para una pandemia de influenza a escala mundial, regional, nacional y local.
Fase 2	No se han detectado nuevos subtipos del virus de influenza en los seres humanos. Sin embargo, un subtipo del virus de la influenza animal que circula representa un riesgo considerable de Enfermedad humana.	Reducir al mínimo el riesgo de transmisión a los seres humanos; detectar y notificar rápidamente la Transmisión, cuando ocurra.
PERÍODO DE ALERTA PANDÉMICA		
Fase 3	Se detectan uno o varios casos de infección humana con un nuevo subtipo vírico, pero sin Propagación de persona a persona, o como máximo, raros casos de propagación a un contacto cercano.	Garantizar la detección, notificación y respuesta temprana a los casos.
Fase 4	Se detecta uno o varios con glomerados pequeños con transmisión limitada de persona a persona, pero la propagación es muy localizada, lo cual indica que el virus no se adapta bien a los seres humanos.	Contener el virus dentro de los focos limitados o retardar la propagación a fin de ganar tiempo para poner en marcha las medidas de control.
Fase 5	Se detectan uno o varios conglomerados más grandes, pero la transmisión de persona a persona sigue siendo limitada, lo cual indica que el virus se adapta cada vez mejor a los seres humanos, pero tal vez no es aún plenamente transmisible (riesgo pandémico considerable).	Retardar la propagación a fin de evitar una pandemia.
PERÍODO PANDÉMICO		
Fase 6	Pandemia: transmisión acrecentada y continuada en la población general.	Reducir al mínimo la repercusión de la pandemia.
PERÍODO POSPANDÉMICO		
Fase 7	Regreso al período Interpandémico.	

FUENTE: Plan Mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza, 2005. La distinción entre la Fase 1 y la Fase 2 se basa en el riesgo de infección o enfermedad humana generado por las cepas que circulan en los animales. La distinción depende de diversos factores y de su importancia relativa, según el conocimiento científico vigente. Entre estos factores pueden contarse la patogenicidad en los animales y en los seres humanos, la presencia de infección en los animales domésticos y el ganado o sólo en la fauna silvestre, si el virus es enzoótico o epizootico, si se encuentra localizado o generalizado desde el punto de vista geográfico y otros criterios científicos. La distinción entre la Fase 3, la Fase 4 y la Fase 5 se basa en la evaluación del riesgo de pandemia. Pueden considerarse diversos factores y su importancia relativa, según el conocimiento científico vigente. Entre los factores pueden encontrarse la tasa de transmisión, la ubicación geográfica y la propagación, la gravedad de la enfermedad, la presencia de genes provenientes de cepas humanas (cuando el virus proviene de una cepa animal) y otros criterios científicos.

6.- FASES DEL PLAN SEGÚN COMPONENTES

6.1 .- PERIODO INTERPANDEMICO

FASE I: NO SE HAN DETECTADO NUEVOS SUBTIPOS DEL VIRUS DE INFLUENZA EN LOS SERES HUMANOS. UN SUBTIPO DE ESTE VIRUS QUE HA CAUSADO INFECCIÓN HUMANA PUEDE ESTAR PRESENTE O AUSENTE EN LOS ANIMALES. SI ESTÁ PRESENTE EN LOS ANIMALES, EL RIESGO DE INFECCIÓN O ENFERMEDAD HUMANA SE CONSIDERA BAJO.

META: FORTALECER LOS PREPARATIVOS CONTRA LA PANDEMIA DE INFLUENZA A NIVEL NACIONAL, MANTENER AC TIVA LA COMISIÓN NACIONAL ANTIPANDEMIA Y ELABORAR O REVISAR EL PLAN ANTIPANDÉMICO DE ACUERDO A NUEVOS ESCENARIOS Y ORIENTACIONES DE LA OMS.

OBJETIVOS :	ACTIVIDADES:
FASE I	
<p>COMPONENTE: ORGANIZACIÓN Y CONTROL</p> <p>1.- Elaborar y/o actualizar el Plan Nacional de Preparación Respuesta y Mitigación en Situación de Pandemia de Influenza, así como planes regionales, municipales y locales, siguiendo los lineamientos de la OMS.</p> <p>2.- Asegurar el apoyo técnico y logístico para responder ante informes sobre nuevas cepas de virus de la influenza</p> <p>3.- Definir los mecanismos de comunicación centralizada adecuados para el establecimiento de comunicaciones ordinarias y de urgencia entre las autoridades entre sí y con los organismos de gobierno.</p>	<p>1.- El Subcomité Técnico de Coordinación y Monitoreo Intersectorial, coordinado por el Comité Permanente de Contingencias (COPECO) será la instancia institucional que coordinara el componente de organización y control.</p> <p>2.- Reactivación del Comisión Nacional Antipandémica de Influenza, con su organigrama y niveles de responsabilidad por sector que los conforman en base al decreto ejecutivo 429-06.</p> <p>3.- Reactivación del comité técnico intersectorial de influenza con los sectores nacionales más involucrados en las actividades de alerta respuesta, organismos de cooperación externa para la movilización de los recursos internacionales de apoyo a las actividades del movilización y respuesta del plan antipandémico.</p> <p>4.- Reactivación de los subcomités técnicos conformados con participación de todas las Secretarías de Estado, organismos de cooperación y sociedad civil organizada</p> <p>5.- Actualización del Plan Nacional de Preparación Respuesta y Mitigación en situación de pandemia de influenza por un equipo técnico nacional interinstitucional con la participación de la Secretaría de Salud y Agricultura y Ganadería.</p> <p>6.- Socializar el plan anti pandémico con entes de gobierno, cooperación externa, sociedad civil , otras organizaciones que se estimen conveniente previo a su aprobación final.</p> <p>7.- Definición de una estructura de dirección y control para diseñar el manejo y los mecanismos de toma de decisiones de todas las organizaciones inscritas en la respuesta a una emergencia de salud, por la Comisión Nacional.</p>

	<p>8.- Negociar la constitución de una reserva nacional de recursos financieros, para la obtención de insumos médicos y otros necesarios para hacer frente a la aparición de una pandemia de influenza en el país.</p> <p>9.- Facilitar y apoyar la gestión técnica de la Secretaria de Salud y de Agricultura y Ganadería para la elaboración de planes regionales, municipales y locales anti pandémicos de influenza.</p> <p>10- Conformación de equipos técnicos nacionales como facilitadores para la capacitación del personal de las regiones sanitarias departamentales y municipales en el abordaje ante un eventual pandemia de influenza a través de la elaboración de los planes anti pandémicos regionales.</p> <p>11.- Asegurar la estimación del impacto de la enfermedad ante la posibilidad de aparición de una pandemia nacional de influenza.</p> <p>12.- Elaborar un directorio de instancias que conforman los servicios básicos para facilitar la comunicación entre instancias</p>
<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HUMANA</p> <p>Generar información sobre las tendencias de la infección en humanos por las cepas estacionales del virus de la influenza y por nuevas cepas con la finalidad de evaluar el riesgo de transmisión en humanos.</p>	<p>1.- El Subcomité Técnico de Vigilancia Epidemiológica (humana y animal) coordinado por la DGVS será la instancia responsable de la coordinación del componente de vigilancia epidemiológica en humanos.</p> <p>2.- Revisión de la modalidad de vigilancia a implementar por fases de la pandemia, tomando en consideración las recomendaciones de la OMS</p> <p>3.- Aplicación de mecanismos de coordinación para la integración de los aspectos de vigilancia humana y animal entre salud y agricultura y ganadería.</p> <p>4.- Fortalecimiento de las capacidades a nivel nacional, regional y local en la detección, investigación , control, e información en vigilancia de influenza en humanos y animales.</p> <p>5.-Fortalecimiento del laboratorio nacional de referencia (virología) y de los laboratorios con recursos financieros, humanos, equipo, insumos y suministros para el diagnóstico etiológico de la enfermedad.</p> <p>6.- fortalecer las modalidades de vigilancia para conocer la tendencia de las ETI, IRAGy la mortalidad por IRAG para estimar la carga de enfermedad respiratoria.</p>

	<p>7.- Definir y establecer mecanismos de retroalimentación de información institucional e interinstitucional para la comunicación efectiva de resultados de vigilancia de influenza en humanos y animales</p> <p>8.- Integración de nuevos protocolos de detección viral según recomendaciones de la OMS</p>
<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HUMANA</p> <p>Generar información sobre las tendencias de la infección en humanos por las cepas estacionales del virus de la influenza y por nuevas cepas con la finalidad de evaluar el riesgo de transmisión en humanos.</p>	<p>1.- El Subcomité Técnico de Vigilancia Epidemiológica (humana y animal) coordinado por la DGVS será la instancia responsable de la coordinación del componente de vigilancia epidemiológica en humanos.</p> <p>2.- Revisión de la modalidad de vigilancia a implementar por fases de la pandemia, tomando en consideración las recomendaciones de la OMS</p> <p>3.- Aplicación de mecanismos de coordinación para la integración de los aspectos de vigilancia humana y animal entre salud y agricultura y ganadería.</p> <p>4.- Fortalecimiento de las capacidades a nivel nacional, regional y local en la detección, investigación, control, e información en vigilancia de influenza en humanos y animales.</p> <p>5.-Fortalecimiento del laboratorio nacional de referencia (virología) y de los laboratorios con recursos financieros, humanos, equipo, insumos y suministros para el diagnóstico etiológico de la enfermedad.</p> <p>6.- fortalecer las modalidades de vigilancia para conocer la tendencia de las ETI, IRAGy la mortalidad por IRAG para estimar la carga de enfermedad respiratoria.</p> <p>7.- Definir y establecer mecanismos de retroalimentación de información institucional e interinstitucional para la comunicación efectiva de resultados de vigilancia de influenza en humanos y animales</p> <p>8.- Integración de nuevos protocolos de detección viral según recomendaciones de la OMS</p>

<p>MANEJO DE CASOS</p> <p>1.- Revisar y preparar lineamientos de manejo de casos ante la posibilidad de una eventual pandemia conforme a lineamientos de la OMS.</p> <p>2.- Definir una estrategia para la obtención de medicamentos antivirales y elaborar los lineamientos de manejo y distribución de los mismos.</p>	<p>1.- El Subcomité Técnico de Organización de Atención a las Personas, coordinado por la Dirección General de Salud de Redes de Servicios será la instancia responsable de la coordinación del componente de manejo de casos de influenza en humanos a nivel nacional.</p> <p>2.- Elaboración, Implementación de protocolos para la detección, tratamiento y manejo de ETI e IRAG, en las unidades centinelas y otros servicios de salud, incluyendo normas de control de infección, pautas para el triaje.</p> <p>3.- Monitoreo y evaluación del desempeño del recurso humano de la red de servicios en la aplicación de protocolos para el manejo de las ETI e IRAG.</p> <p>4.- Fortalecer capacidades en los servicios de salud (públicos y privados) a nivel nacional, regional y local en el manejo de influenza en humanos.</p>
<p>CONTENCIÓN POBLACIONAL</p> <p>1.- Revisar y acordar con antelación las estrategias de contención basadas en medidas de salud pública no farmacológicas.</p> <p>2.- Elaboración de estrategias y criterios nacionales para el uso y distribución de las vacunas.</p>	<p>1.- El subcomité técnico interinstitucional de Contención Poblacional coordinado por la Secretaría de Gobernación y Justicia, será la instancia responsable de revisar y elaborar un plan de medidas de contención en conjunto con las instancias que lo conforman, basado en la aplicación del RSI y lineamientos de la OMS.</p> <p>2.- Establecer y /o adecuar las leyes y reglamentación necesarias, así como la coordinación intersectorial con la finalidad de obtener autoridad jurídica para el desarrollo de las intervenciones de contención cuando sean necesarias.</p> <p>3.- El programa ampliado de inmunizaciones (PAI) será la instancia responsable de dictar los lineamientos para la obtención, almacenaje, distribución y aplicación de la vacuna, según recomendaciones de la OMS.</p> <p>4.- Realizar toda gestión según los lineamientos nacionales vigentes de regulación, para el acopio de la vacuna antipandémica cuando esté en el mercado tomando en cuenta aspectos normativos, responsabilidad jurídica y derechos de propiedad intelectual.</p>
<p>PRESERVACION DE SERVICIOS BASICOS</p> <p>1.- Elaboración de planes para la evaluación continua de las repercusiones y de las necesidades de recursos humanos nacionales ante la eventual aparición de una pandemia de influenza</p>	<p>1.- el Subcomité Técnico de Soporte Logístico y de Servicios Públicos, coordinado por el Cuerpo de Bomberos, será la instancia responsable de coordinar el componente de Preservación de Servicios Básicos.</p>

	<p>2.- Facilitar los lineamientos para la formulación de planes de contingencia y prioridades, de los servicios de salud, agua potable, electricidad, comunicación, transporte y otros que aseguren la continuidad de operaciones de los servicios de salud así como una gestión racional de los recursos humanos, físicos y financieros.</p> <p>3.- Cada instancia responsable de los servicios de apoyo en conjunto con la Subsecretaría de Redes de Servicios será responsable de la estimación del impacto y carga esperada por servicio de apoyo ante una eventual pandemia de influenza.</p> <p>4.- Elaborar y mantener actualizado un diagnóstico de instalaciones e inventario de recursos físicos, financieros, humanos, materiales, y otros de los sectores involucrados ante una eventual pandemia de influenza, utilizando el listado de chequeo de la OMS, incluyendo sectores públicos y privados relacionados.</p> <p>5.- Evaluar los vínculos de coordinación con otros sectores involucrados en la respuesta a la influenza verificando el suministro y necesidades de recurso, insumos y otros.</p> <p>6.- Elaborar un directorio para establecer los niveles de coordinación y comunicación con el sector salud.</p>
<p>INVESTIGACION Y EVALUACION</p> <p>1.- Generar información sobre lineamientos de investigación y evaluación ante la pandemia de influenza.</p>	<p>1.- El Subcomité técnico de Vigilancia Epidemiológica, coordinado por la DGVS será la instancia responsable de coordinar el componente de Investigación y Evaluación.</p> <p>2.- Elaborar por parte de la DGVS y SENASA una propuesta para el desarrollo de investigaciones operativas en cualquier periodo de implementación del plan anti pandémico.</p> <p>3.- Asegurar recursos financieros para el desarrollo de las investigaciones.</p> <p>4.- Elaborar un plan de monitoreo y evaluación de proceso e impacto de las actividades del plan anti pandémico.</p>

<p>INTERFASE HUMANA ANIMAL</p> <p>1.- Vigilancia activa y pasiva de la influenza en animales.</p>	<p>1.- El Subcomité Técnico de Vigilancia Epidemiológica (humana y animal) coordinado por la DGVS será la instancia en conjunto con SENASA serán las instancia de coordinar el componente de Interface Humana – Animal.</p> <p>2.- SENASA será la instancia de la Secretaría de Agricultura y Ganadería, responsable de la elaboración de los lineamientos técnicos de la vigilancia epidemiología animal a nivel nacional.</p> <p>3.- Socialización con organizaciones de productores, y personal de campo de la Secretaría de Salud, de los algoritmos para el desarrollo de la vigilancia activa y pasiva de enfermedades respiratorias en aves y cerdos, así como las medidas de contención en animales.</p> <p>4.- Implementar la Vigilancia activa y pasiva en enfermedades respiratorias en aves y c erdos (centinela)</p> <p>5- Coordinación para la integración de los aspectos de vigilancia animal y humana entre SENASAy la Secretaría de Salud.</p> <p>6.- Fortalecer las capacidades a nivel nacional, regional y local en la detección, investigación, control e información en vigilancia de influenza en animales.</p>
<p>PLAN INFORMACION, EDUCACION Y C OMUNICACIÓN (IEC)</p> <p>1.- Mantener un nivel de conciencia adecuado del problema entre los integrantes de gobierno, colaboradores esenciales y público en general.</p> <p>2.- Establecer relaciones de trabajo conjunto con los medios de comunicación con respecto a las pandemias incluyendo funciones, responsabilidades y prácticas por sector.</p>	<p>1. El Subcomité Técnico de ICE, coordinado por la D irectión General de Promoción de la Salud, será la instancia responsable de coordinar la elaboración del componente de IEC.</p> <p>2.- Planificar y organizar mecanismos conjuntos (salud y agricultura y ganadería) de transferencia de información para la satisfacción de las necesidades internas prevista de los diversos auditorios, (gobernantes, cooperación externa, ONGS, sociedad civil, personal de salud y otros) con los medios de comunicación.</p> <p>3.- Conducir el proceso de socialización del plan anti pandémico y de comunicación con los entes de gobierno, co operación externa y sociedad civil organizada, medios de comunicación, organizaciones no gubernamentales, iglesias y otros.</p> <p>4.- Elaboración de pautas de comunicación de riesgos relacionada con la promoción y prevención de la influenza, tomando como base los lineamientos existentes en el plan estratégico nacional de IEC.</p> <p>5. Capacitar a docentes y realizar campañas de promoción, prevención en las comunidades, en coordinación con la secretaria de educación y el programa nacional de promoción de salud.</p>

	<p>5. Revisar y actualizar los materiales de información para los medios informativos, público en general, los trabajadores de salud y quienes formulan políticas.</p> <p>6. Fortalecer las organizaciones de base para coordinar acciones orientadas a la promoción y prevención de la pandemia.</p> <p>7. Elaboración de políticas públicas saludables con el apoyo de los gobiernos locales.</p> <p>8- Capacitar a los comunicadores sociales de todo el país con el fin de que realicen un buen manejo del tema y puedan informar correctamente a la población.</p>
--	---

6.2 .- PERIODO INTERPANDEMICO

FASE II: NO SE HAN DETECTADO NUEVOS SUBTIPOS DEL VIRUS DE INFLUENZA EN LOS SERES HUMANOS. SIN EMBARGO, UN SUBTIPO DEL VIRUS DE LA INFLUENZA ANIMAL QUE CIRCULA REPRESENTA UN RIESGO CONSIDERABLE DE ENFERMEDAD HUMANA.

META: REDUCIR AL MÍNIMO EL RIESGO DE TRANSMISIÓN A LOS SERES HUMANOS; DETECTAR Y NOTIFICAR RÁPIDAMENTE LA TRANSMISIÓN, CUANDO OCURRA.

OBJETIVOS	MEDIDAS O ACTIVIDADES
<p>ORGANIZACIÓN Y CONTROL</p> <p>1.- Incrementar los preparativos de respuesta forzada para hacer frente a posibles casos de influenza en humanos</p>	<p>1.- Revisar, readecuar el plan anti pandémico nacional de acuerdo nuevos lineamientos, listado de chequeo de la OMS y determinar la existencia de las otras necesidades inmediatas.</p> <p>2.- Evaluar y actualizar el cumplimiento de los planes anti pandémicos nacional, regional, municipal, local en base a las fase ejecutada y lineamientos de la OMS.</p> <p>3.- Asegurar la revisión y readecuación de la legislación nacional para la aplicación de las medidas de contención poblacional en caso de una eventual pandemia</p> <p>4.- Facilitar la capacitación técnica nacional e internacional de personal de equipo del nivel central, regional y local para el abordaje a la pandemia de influenza.</p> <p>5.- Definir con la Secretaría de Finanzas los mecanismos de asignación y ejecución presupuestaria por sector ante las necesidades de una eventual pandemia de influenza.</p>

<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA HUMANA</p> <p>1.- Descubrir la transmisión entre las especies en una fase temprana y transmitir esta información a la OMS y otros socios</p> <p>2.- Promover una evaluación continua del riesgo de transmisión de los virus con riesgo pandémico a los humanos</p>	<p>1.- Evaluación y seguimiento de la capacidad operativa en los equipos de alerta respuesta nacionales, regionales y locales.</p> <p>2.- Monitoreo y evaluación la capacidad para la movilización de los equipos de alerta respuesta del nivel central y regionales ante la posibilidad de casos de influenza.</p> <p>3.- Monitoreo y análisis epidemiológico semanal del comportamiento de las ETI, IRAG y mortalidad por IRAG en las unidades centinelas.</p> <p>4. Elaboración y ejecución de un plan de capacitación en lineamientos operativos de la vigilancia intensificada en sus tres componentes (clínico, epidemiológico y laboratorio) a los equipos de alerta respuesta regional y local.</p> <p>5- Planificación y ejecución de jornadas de comunicación (illuminate) para fortalecer el intercambio de experiencias, datos epidemiológicos, virológicos, y orientación con otros países para el control de la infección incorporando personal de las regiones departamentales de las dos secretarías de estado (SS/SAG).</p>
<p>MANEJO DE CASOS</p> <p>1.- Reconocer y responder de manera rápida y apropiada en salud en caso de aparición de brotes o infecciones en humanos</p>	<p>1.- Verificar la capacidad de contar con los medios financieros y físicos, para la movilización rápida de recursos humanos y materiales a las regiones departamentales con la finalidad de proporcionar apoyo para el abordaje de un potencial caso inusitado, brote y eventual pandemia.</p> <p>2.- Alertar a los proveedores locales de salud (públicos y privados) para que piensen en una nueva infección por el virus de la influenza, en pacientes con un contacto epidemiológico con la especie animal afectada, aplicar en las medidas de control de infección, notifiquen inmediatamente los casos a las autoridades de salud pública.</p> <p>3.- Alertar a los proveedores locales de atención sanitaria para que piensen en la infección por influenza en pacientes con antecedente de viaje o contacto epidemiológico en un país afectado y para reconocer la necesidad de notificación inmediata a las autoridades nacionales y proporcionen algoritmos para ayudar en la búsqueda y el tratamiento de los casos.</p> <p>4.- Actualización del inventario de personal, equipo, insumos y medicamentos y capacidad de atención internamiento (general y UCI) por las unidades de salud ante la eventual pandemia de influenza.</p>

<p>CONTENCIÓN POBLACIONAL</p> <p>1.- Reducir el riesgo de coinfección en los seres humanos y de este modo disminuir las oportunidades para el intercambio genético</p>	<p>1.- Coordinar con la SAG el desarrollo de la campaña de comunicación dirigidas a personal en contacto con animales (aves, cerdos y otros) sobre prevención de influenza en trabajadores expuestos.</p> <p>2.- Promover las medidas para reducir el riesgo de infección en las personas que están vinculadas con la respuesta (educación y capacitación sobre la posible amenaza, uso correcto del equipo de protección personal, distribución de medicamentos antivíricos).</p> <p>3.- Intensificar las medidas de contención poblacional descritas en el plan de comunicación para la población en general y con énfasis en los puertos de entrada.</p> <p>4.- Revisar la estrategia de vacunación contra el virus de la influenza si hay disponibilidad de vacuna, para su uso a fin de prevenir la infección por virus humanos y virus animales y analizar su utilización en poblaciones con riesgo definido por el PAI y la DGVS.</p> <p>5.- Asegurar la distribución de equipos de protección personal, de medicamentos antivirales y de la vacuna si existiera a los equipos de salud y personas vinculadas al brote, a fin de proteger a las personas con riesgo ocupacional .</p>
<p>PRESERVACION DE SERVICIOS BASICOS</p> <p>1.- Evaluar la capacidad nacional para la atención de brotes o casos inusitados, así como la dotación de medicamentos antivirales .</p>	<p>1.- Revisar y actualizar planes de contingencia y prioridades que aseguren la permanencia de los servicios de: salud, electricidad, agua potable, electricidad, comunicación, transporte, desechos y otros que aseguren una gestión racional de los recursos humanos, físicos y financieros.</p> <p>2.- Revisar y actualizar por cada instancia responsable de los servicios básicos la estimación del impacto y carga esperada ante una eventual pandemia de influenza.</p> <p>3.- Actualizar el inventario de recursos físicos, financieros, humanos, materiales, vacunas y otros de los sectores involucrados ante una eventual pandemia de influenza utilizando el listado de chequeo de la OMS, incluyendo sectores públicos y privados.</p>

	<p>4.- Evaluar los vínculos de coordinación con otros sectores involucrados en la respuesta a la influenza verificando el suministro y necesidades de recurso, insumos y otros .</p> <p>5.- Mantener actualizado un directorio para e stablecer los niveles de coordinación y comunicación con el sector salud</p>
<p>INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN</p>	<p>1.- Realizar las investigaciones epidemiológicas sobre el terreno y de laboratorio, en las zonas afectadas a fin de evaluar la propagación de la enfermedad en los animales y la amenaza para la salud humana.</p> <p>2.- Promover a nivel nacional y de las regiones departamentales , la evaluación del comportamiento de la influenza y su caracterización y distribución población</p> <p>3.- Realizar investigaciones operativas sobre los con ocimientos del personal de salud, con respecto a la influenza en todas sus áreas, así como del público en general.</p> <p>4.- Desarrollar actividades de simulación y simulacros en la red de servicios, como parte de la respuesta ante una eventual pandemia.</p> <p>5.- Asegurar el financiamiento para la participación de personal técnico del país, del nivel central y regional en eventos de capacitación internacional sobre manejo de pandemias.</p> <p>6.- Evaluar el grado de implementación del plan anti pandémico nacional.</p>
<p>INTERFACE HUMANA– ANIMAL</p> <p>1.- Fortalecer las actividades de colaboración estrecha con las autoridades de sanidad animal a fin de limitar los riesgos de infección en humanos.</p> <p>2.- Reducir al mínimo el riesgo de infección humana por contacto con animales infectados</p>	<p>1.- Intensificación de las actividades de coordinación entre SENASy salud para la activación e implementación de mecanismos conjuntos.</p> <p>2.- Socialización de los decretos ejecutivos sobre la compensación aves / cerdos a los criadores de animales, como resultado de una emergencia sanitaria</p> <p>3.- Monitoreo y seguimiento de los algoritmos para el desarrollo de la vigilancia activa y pasiva así como las medidas de contención en animales.</p> <p>4.- Intensificación de la vigilancia activa y pasiva en animales</p> <p>5.- Fortalecimiento del laboratorio de la secretaría de agricultura y ganadería con la finalidad de incrementar las actividades de diagnóstico laboratoriol para la identificación de virus circulante.</p>

	<p>6.- Confirmación y caracterización de virus de influenza tipo a en los laboratorios de referencia internacional</p> <p>7.- Actualización del censo poblacional de granjas y productores de traspatio de aves y cerdos e inventario de productos y subproductos.</p> <p>8.- Implementación de cuarentena precautoria ante situaciones anormales detectadas, según lineamientos de SENASA</p> <p>9.- Capacitación en el uso de equipo y aplicación de medidas de bioseguridad del personal de campo responsable de la vigilancia animal</p> <p>10.- Verificación de la aplicación de los protocolos de bioseguridad, en las explotaciones avícolas y piscícolas.</p>
<p>PLAN IEC</p> <p>1.- Mantener un rápido intercambio de información entre las autoridades de salud, otros sectores y público en general.</p> <p>2.- Verificar los mecanismos para la coordinación de las comunicaciones con sanidad animal</p>	<p>1.- Monitoreo de los procesos de transferencia de información para la satisfacción de las necesidades internas prevista de los diversos auditorios, con los medios de comunicación.</p> <p>2.- Desarrollo de programas de información con medios masivos de comunicación para informar a la población sobre el riesgo, la prevención y estadísticas de los casos (riesgo de infección, alimentos aptos para el consumo, manipulación de animales) de la influenza con bases en las recomendaciones de la OMS.</p> <p>3.- Responder a la posible estigmatización de los individuos o las poblaciones en contacto con la cepa que afecta a los animales.</p> <p>4.- Revisar y actualizar la información dirigida a autoridades nacionales y otros colaboradores, incluidos grupos de riesgo y público, sobre propagación del virus y riesgos para los seres humanos.</p> <p>5.- Desarrollar procesos de monitoreo de audiencias para mecanismos de retroalimentación a fin de determinar el grado de conocimiento público acerca de la influenza pandémica y de las inquietudes en la población, responder activamente a la corrección de rumores y corrección de informaciones erróneas.</p> <p>6. Unificar la información con los diferentes entes involucrados (estadísticas vitales)</p>

6.3 .- PERIODO DE ALERTA PANDEMICA

FASE III: SE DETECTAN UNO O VARIOS CASOS DE INFECCIÓN HUMANA CON UN NUEVO SUBTIPO VÍRICO, PERO SIN PROPAGACIÓN DE PERSONA A PERSONA, O COMO MÁXIMO, RAROS CASOS DE PROPAGACIÓN A UN CONTACTO CERCANO.

META: GARANTIZAR LA CARACTERIZACIÓN RÁPIDA DEL NUEVO SUBTIPO VÍRICO, LA DETECCIÓN TEMPRANA, LA NOTIFICACIÓN Y LA RESPUESTA A LOS CASOS ADICIONALES.

OBJETIVOS	MEDIDAS O ACTIVIDADES
<p>ORGANIZACIÓN Y CONTROL</p> <p>1.- Verificar que existen mecanismos para reconocer y manejar las posibles amenazas inminentes para la salud humana</p> <p>2.- Coordinar intervenciones oportunas que reducirán el riesgo de una pandemia</p>	<p>1.- Revisar y actualizar los planes Antipandémico nacional, regionales, municipales y locales con miras a asegurar su congruencia con los nuevos lineamientos de la OMS.</p> <p>2.- Verificar en base al plan anti pandémico los grados de coordinación intersectorial, con la cooperación externa la movilización de recursos humanos, insumos y materiales para la respuesta nacional en la vigilancia, detección, manejo de casos, laboratorio, medidas de contención poblacional y comunicación.</p> <p>3.- Informar a los funcionarios de todas las dependencias pertinentes del gobierno , sociedad civil organizada y cooperación externa a nivel nacional sobre el estado del comportamiento de la influenza, la eventual necesidad de recursos, intervenciones adicionales y el uso de los poderes de emergencia</p> <p>4.- Facilitar el apoyo financiero y de recursos a las autoridades regionales, municipales y locales (incluidos los servicios privados) para ejecutar las intervenciones ante la posibilidad de la aparición de casos.</p> <p>5.- Coordinar para la ejecución de actividades de colaboración intrafronteriza con los países vecinos para intercambio de información y respuestas en aplicación del RSI.</p>
<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</p> <p>1.- Desarrollar capacidad de excluir una transmisión más extensa de persona a persona y detectarla tan pronto ocurra.</p> <p>2.- Detectar y caracterizar los casos adicionales (incluidos los factores de riesgo de transmisión)</p>	<p>1.- Intensificar las actividades de la vigilancia de las ETI, IRAG, mortalidad por IRAG a nivel nacional, regiones departamentales de acuerdo a los lineamientos técnicos establecidos por la DGVS, según pautas de la OMS.</p> <p>2.- Caracterización epidemiológica de los casos humanos (fuentes de exposición, periodo de incubación, infección de los contactos, periodo de contagiosidad). De IRAG detectados y notificados a la DGVS.</p>

	<p>3.- Revisión de la definición nacional de caso de ETI e IRAG con base en la experiencia nacional y la recomendación de la OMS.</p> <p>4.- Capacitación a los trabajadores de salud públicos y privados para detectar y reconocer los casos inusuales, imprevistos y conglomerados de casos de IRAG.</p> <p>5.- Difusión masiva de la definición de caso , protocolos y algoritmos actualizados a los prestadores de servicio públicos y privados para ayudarlos en la búsqueda y el tratamiento de casos, el control de las infecciones y la vigilancia</p> <p>6.- Seguimiento a las jornadas de comunicación (illuminate) pa ra fortalecer el intercambio de experiencias, datos epidemiológicos, virológicos, clínicos y orientación con otros países para el control de la infección incorporando personal de las regiones departamentales y proveedores privados.</p> <p>7.- Proporcionar actualizaciones periódicas a la OMS y a los demás asociados internacionales y nacionales sobre la evolución de la situación interna a través del CNE.</p>
<p>MANEJO DE CASOS</p> <p>1.- Evaluar la posibilidad de usar medicamentos antivirales en la fase actual y fases posteriores</p> <p>2.- Prevenir la transmisión nosocomial y las infecciones de laboratorio</p>	<p>1.- Revisar y actualizar las recomendaciones para la profilaxis y el tratamiento con medicamentos antivirales en pacientes confirmados según lineamientos de la OMS.</p> <p>2.- Revisar y reforzar los algoritmos para apoyar la detección, diagnóstico y tratamiento de casos probables de influenza. Para la vigilancia intensificada.</p> <p>3.- Definición de centros de referencia por cada una de las regiones departamentales con capacidad de aislamiento de los pacientes y medidas de protección para el personal de salud.</p> <p>4.- Evaluar la eficacia real de los algoritmos para la detección, referencia y protocolos de tratamiento de las IRAG en los servicios hospitalarios y de las medidas de control de infecciones y modificarlos si es necesario</p> <p>5.- Evaluar y reevaluar la disponibilidad y condición de los medicamentos antivirales</p> <p>6.- Verificar la ejecución de los procedimientos de control de la infección en los servicios de salud hospitalarios para prevenir la infecciones nosocomiales (medidas de desinfección, lavado de manos y medidas generales de higiene en superficies potencialmente contaminadas).</p>

<p>CONTENCIÓN POBLACIONAL</p> <p>1.- Contener o reducir la transmisión del virus de persona a persona</p> <p>2.- limitar la morbilidad y mortalidad generada por las infecciones humanas actuales</p> <p>3.- Evaluar la competencia para la eventual preparación de la vacuna Antipandémica</p>	<p>1.- Intensificar el desarrollo del plan de comunicación de riesgo a la población sobre medidas de generales de higiene (lavado de manos, uso de mascarillas, formas de estornudar o uso de pañuelos desechables, prevención de influenza, signos y síntomas precoces y conducta a seguir para el diagnóstico y manejo.)</p> <p>2.- Promover la no realización de actividades que favorecen la propagación individual y colectiva del virus de la influenza.</p> <p>3.- Reiterar la norma de uso de mascarillas en pacientes con síntomas respiratorios en los servicios de salud y sitios de trabajo. Y promover su uso en personas expuestas considerando la evidencia de transmisión humana - humano, contacto estrecho y frecuencia de exposición.</p> <p>4.- Investigar posibilidades de adquisición de vacunas pandémicas si existieran y revisar estrategias para su adquisición.</p> <p>5.- Determinar los grupos de riesgo en base a análisis epidemiológicos nacionales y regionales para dirigir las medidas preventivas de inmunización.</p> <p>6.- Disminuir la circulación simultánea de cepas en la zona afectada, si hay disponibilidad de vacunas a través de la aplicación de la vacuna estacional en personas con mayor posibilidad de exposición.</p>
<p>PRESERVACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS</p>	<p>1.- Reevaluar la disponibilidad y aprovisionamiento de antivirales de acuerdo a las posibilidades de recursos financieros y gestiones con apoyo de cooperación externa.</p> <p>2.- Revisar la disponibilidad de insumos y suministros en coordinación con las instancias de servicios básicos, para la puesta en práctica de las medidas de control de infecciones en los servicios de salud, ambulatorias y hospitalarias.</p> <p>3.- Mantener una disposición de insumos y suministros para la realización de pruebas de laboratorio de diagnóstico de influenza.</p> <p>4.- Revisión y adecuación de las capacidades de las instituciones involucradas en los servicios de apoyo así como el mantenimiento de estos servicios en los establecimientos de salud.</p>

	<p>5.- Revisar planes de contingencia ante una eventual pandemia de influenza e inventario de recursos y dar prioridad a los hospitales y establecimientos de salud.</p> <p>6.- Mantener actualizado un directorio para establecer los niveles de coordinación y comunicación con el sector salud .</p> <p>7.- Evaluar los vínculos de coordinación con otros sectores involucrados en la respuesta a la influenza verificando el suministro y necesidades de recursos, insumos y otros.</p>
INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN	<p>1.- Evaluar la aplicación de la normativa de bioseguridad por parte del personal de los servicios y de los pacientes , siguiendo las recomendaciones de la OMS</p> <p>2.- Colaborar con las iniciativas internacionales para evaluar la patogenicidad de los virus en los humanos</p> <p>3.- Evaluar los algoritmos y definiciones de casos conforme a la experiencia nacional y lineamientos de la OMS.</p> <p>4.- Evaluar y readecuar el funcionamiento del plan anti pandémico</p> <p>5.- Probar los procedimientos de toma de decisiones nacional, regional, municipal y local y líneas de mando en la ejecución de las actividades Antipandémica.</p>
INTERFACE HUMANA-ANIMAL	<p>1.- Reforzamiento de la vigilancia animal activa y pasiva en granjas, mataderos y centros de acopio, así como en criaderos de traspatio.</p> <p>2.- Medidas de contención en áreas focales con la finalidad de disminuir la transmisión de la enfermedad a otros grupos de aves y cerdos de criaderos vecinos.</p> <p>3.- Implementar acciones de control de área peri focal para evitar la propagación de la enfermedad en animales y humanos.</p> <p>4.- Desarrollo de actividades de rastreo epidemiológico en aves y cerdos.</p>

<p>PLAN IEC</p> <p>1.- Reforzar la consciencia entre los trabajadores de salud sobre la posibilidad de apariciones casos y de conglomerados de casos</p> <p>2.- Comunicarse en forma transparente con el público sobre la progresión del brote y las contingencias que pueden preverse</p> <p>3.- Obtener el rápido intercambio de información adecuada entre las autoridades de salud, otras dependencias pertinentes del gobierno, otros colaboradores, incluidos los aspectos conocidos y no conocidos</p>	<p>1.- Mantener plan de comunicación social de riesgo sobre medidas de higiene, prevención, detección precoz y conducta a seguir ante la influenza.</p> <p>2.- Identificar los grupos destinatarios para la divulgación de mensajes esenciales, preparar los materiales , formatos y las opciones del idioma según la audiencia</p> <p>3.- Abordar el aspecto de estigmatización de los individuos, familias, y comunidades donde se ha detectado la infección humana por la cepa animal</p> <p>4.- Revisar y actualizar los materiales de información para los medios informativos, público en general, los trabajadores de salud y quienes formulan políticas.</p> <p>5.- Verificar los sistemas y locales para la comunicación a fin de que funcionen en óptimas condiciones y que las listas de contactos estén actualizadas</p> <p>6.- Monitoreo de audiencias del público en general para evaluar conocimientos en base al plan de comunicación anti p andémico.</p>
--	--

6.4 .- PERIODO DE ALERTAPANDEMICA

FASE IV: SE DETECTA UNO O VARIOS CONGLOMERADOS PEQUEÑOS CON TRANSMISIÓN LIMITADA DE PERSONA A PERSONA, PERO LA PROPAGACIÓN ES MUY LOCALIZADA, INDICANDONOS QUE EL VIRUS NO SE ADAPTA BIEN A LOS SERES HUMANOS.

META: CONTENER EL VIRUS DENTRO DE LOS FOCOS LIMITADOS O RETARDAR LA PROPAGACIÓN A FIN DE GANAR TIEMPO PARA PONER EN MARCHA LAS MEDIDAS DE CONTROL, INCLUIDAS LAS ACTIVIDADES DE VACUNACION CUANDO SE TENGA ACCESO A ELLAS.

OBJETIVOS	MEDIDAS O ACTIVIDADES
<p>ORGANIZACIÓN Y CONTROL</p> <p>1.- Coordinar la ejecución de los procedimientos que retardaran o contendrán la propagación de la infección humana dentro de focos limitados</p>	<p>1.- Negociar el apoyo político, financiero del más alto nivel y de la cooperación externa para la puesta en ejecución de las medidas de contención no farmacológicas, así como la aplicación de los otros componentes esenciales del plan (vigilancia, manejo de casos, comunicación y otros).</p> <p>2.- Activar los mecanismos de comunicación centralizada por el comité técnico intersectorial para la ejecución de las medidas de respuesta por los medios necesarios a las regiones y municipios</p> <p>3.- Coordinar para la ejecución de actividades de colaboración intrafronteriza con los países vecinos para intercambio de información y respuestas en aplicación del RSI.</p> <p>5.- Evaluar la necesidad de asistencia internacional</p>

<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA</p> <p>1.- Verificar la existencia de sistemas para detectar y caracterizar los brotes y evaluar el riesgo de progresión hacia una pandemia</p> <p>2.- Evaluar el grado de transmisión de persona a persona</p> <p>3.- Detectar, notificar y caracterizar los conglomerados adicionales de acuerdo líneas nacionales</p>	<p>1.- Fortalecimiento organizativo y estructura para el despliegue de equipos de alerta - respuesta del nivel nacional para apoyar a los equipos regionales en la aplicación de la totalidad de las actividades de vigilancia intensificada.</p> <p>2.- Describir y evaluación de manera permanente de las características epidemiológicas, virológicas y clínicas de la infección por influenza y determinar las fuentes posibles de infección</p> <p>3.-Actualización de lineamientos y algoritmos de la vigilancia intensificada y adopción de cambios si es necesario</p> <p>4.- Investigación científica en atención a notificación de brotes de ETI e IRAG de causa desconocida en escuelas, colegios, empresas, comunidad en general. Y en personal de salud.</p> <p>5- Continuidad de jornadas de comunicación (illuminate) para fortalecer el intercambio de experiencias, datos epidemiológicos, virológicos, clínicos y orientación con otros países para el control de la infección incorporando personal de las regiones de paraméntales de las dos secretarías de estado (SS y SAG)</p> <p>6- Cumplimiento con lo establecido en el RSI a través de la comunicación e intensificación de las actividades de propagación del virus en el país así como la confirmación laboratorial de los virus circulantes.</p> <p>7.- Comunicar la nueva caracterización epidemiológica de la infección sobre los casos y conglomerados a la OMS y las demás instituciones pertinentes por los mecanismos que recomienda el RSI.</p>
<p>MANEJO DE CASOS:</p> <p>1.-limitar la morbilidad y mortalidad causadas por las infecciones humanas actuales</p> <p>2.- Evaluar y utilizar de manera más extensa los medicamentos antivirales</p> <p>3.- Reforzar los métodos adecuados para prevenir la transmisión nosocomial, mantener la bioseguridad</p> <p>4.- Proporcionar pautas de orientación y tamizaje clínico y tratamiento a todos los niveles</p>	<p>1.- Reforzar las medidas de control de infecciones al interior de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios</p> <p>2.- Utilizar los medicamentos antivirales para el tratamiento temprano de los casos y considerar profilaxis con antivirales para los contactos cercanos de los casos, personal de salud según la evaluación de riesgos y la gravedad de la enfermedad en los seres humanos</p> <p>3.- Evaluar los planes de contingencia para situaciones imprevistas a fin de responder a la sobrecarga de los centros de salud ambulatorios y hospitalarios para pacientes con influenza y definir estrategias y alternativas para aislamiento y el tratamiento de los casos en los servicios de salud.</p> <p>4.- Implementación del triaje en los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios siguiendo los lineamientos de la OMS.</p>

<p>CONTENCIÓN POBLACIONAL:</p> <p>1.- Evaluar la amenaza para la salud humana y la repercusión de toda medida de control y determinar los recursos.</p> <p>2.- Contener o retardar la transmisión del virus de persona a persona</p> <p>3.- Investigar los avances en la preparación de una vacuna y su proceso de adquisición y adquirir experiencia en su uso</p>	<p>1.- Realizar un pronóstico sobre los efectos nacionales y regionales de la propagación de la infección.</p> <p>2.- Intensificar las intervenciones planificadas de contención según el plan y tener en cuenta las recomendaciones de la OMS al respecto</p> <p>3.- Considerar la distribución y aplicación de la vacuna cuando se cuente con ella, definir prioridades de vacunación según riesgo</p> <p>4.- Hacer nuevamente énfasis en las medidas de control de infecciones y distribuir las reservas de equipo de protección personal en los servicios de salud.</p> <p>5.- Recomendar a los contactos posponer viajes a áreas afectadas, seguimiento de estos durante el periodo de incubación y hasta la aparición de la fiebre.</p> <p>6.- Fortalecer las actividades de control de brotes y estimar la posibilidad de acuerdo a recursos de uso de antivirales</p>
<p>PRESERVACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS</p>	<p>1.- Continuar reevaluando el plan de preparación Antipandémica y aplicar los correctivos a las deficiencias encontradas con cada una de los servicios básicos.</p> <p>2.- Asegurar la dotación de recursos humanos y financieros para el fortalecimiento de los equipos de las instancias involucradas (ENEE, Bomberos, SANAA, Hondutel, Salud, SAG, COPECO y otras) que aseguren la permanencia de los servicios de salud, durante la pandemia.</p> <p>3.- Revisión y adecuación de las capacidades de las instituciones involucradas en los servicios básicos, así como el mantenimiento de estos servicios en los establecimientos de salud.</p> <p>4.- Mantener actualizado un directorio para establecer los niveles de coordinación y comunicación con el sector salud .</p> <p>5.- Evaluar los vínculos de coordinación con otros sectores involucrados en la respuesta a la influenza verificando el suministro y necesidades de recurso, insumos y otros.</p>
<p>INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN</p>	<p>1.- Estudios de evaluación de protocolos de tratamiento</p> <p>2.- Investigar la repercusión sobre las medidas de contención a fin de hacer adaptaciones y compartir información con la comunidad internacional y la OMS para actualizar las políticas nacionales e internacionales</p> <p>3.- Evaluar la posible eficacia real y factibilidad de la profilaxis con el fin de intentar la contención de los brotes</p>

	<p>4.- Realizar estudios clínicos de investigación para optimizar los protocolos de tratamiento cuando se cuente con recurso para ello</p> <p>5.- Evaluar la necesidad de asistencia internacional para efectos de investigación.</p> <p>6.- Evaluar y readecuar el funcionamiento del plan Antipandémica nacional</p>
<p>PLAN IEC</p> <p>1.- Facilitar el rápido intercambio de información entre las autoridades de salud , otras dependencias del gobierno, otras instituciones colaboradoras sobre la situación de la infección</p> <p>2.-Preparar al público y los asociados para una posible progresión rápida de los acontecimientos y para las posibles medidas para la situaciones imprevistas</p>	<p>1.- Actualizar a las autoridades nacionales y todas las demás organizaciones y público en general sobre la situación epidemiológica nacional e internacional, y sobre las características conocidas de la enfermedad</p> <p>2.- Actualizar y reforzar las llamadas a los proveedores locales de atención en salud para que continúen con la búsqueda de casos sospechosos y notifiquen a la DGVS.</p> <p>3.- Reforzar e intensificar los mensajes esenciales sobre la transmisión de persona a persona</p> <p>4.- Explicar los fundamentos y actualizar al público sobre todos los aspectos de la respuesta frente a la pandemia y las etapas subsiguientes</p> <p>5.- Proporcionar instrucciones sobre autoprotección y control hacia la comunidad</p> <p>6. Proporcionar apoyo a cada ente gubernamental, con la finalidad de estandarizar los mensajes a divulgar sobre las medidas de control de acuerdo a su competencia a través de los medios de comunicación masiva.</p> <p>7. Adaptar e intensificar los mensajes en medios masivos e interpersonales sobre la evolución del virus.</p> <p>8 – Revisión y actualización del material educativo para adaptarlo según la evolución de la pandemia.</p>

6.5 .- PERIODO DE ALERTA PANDEMICA

FASE V: SE DETECTAN UNO O VARIOS CONGLOMERADOS MÁS GRANDES, PERO LA TRANSMISIÓN DE PERSONA A PERSONA SIGUE SIENDO LIMITADA, INDICANDONOS QUE EL VIRUS SE ADAPTA CADA VEZ MEJOR A LOS SERES HUMANOS, PERO TAL VEZ NO ES AÚN PLENAMENTE TRANSMISIBLE (RIESGO PANDÉMICO CONSIDERABLE).

META: MAXIMIZAR LAS INICIATIVAS PARA CONTENER O RETARDAR LA PROPAGACION, A FIN DE EVITAR EN LO POSIBLE UNA PANDEMIA Y EJECUTAR LAS MEDIDAS DE RESPUESTA ANTIPANDEMICAS.

OBJETIVOS	MEDIDAS O ACTIVIDADES
<p>ORGANIZACIÓN Y CONTROL</p> <p>1.- Coordinar y garantizar esfuerzos máximos para retardar o en lo posible evitar una pandemia</p>	<p>1.- Considerar la posibilidad de declarar e stado de emergencia nacional si fuera posible con el fin de facilitar las intervenciones de control farmacológicas y no farmacológicas.</p> <p>2.- Revisar y readecuar el plan Antipandémica, prepararse para la pandemia inminente incluida la activación de todos los dispositivos y la posibilidad de incrementar los recursos humanos de apoyo</p> <p>3.- Notificar el progreso de la propagación de la influenza en el país, a nivel internacional, por medios programados en el plan, incluido el RSI, como una emergencia de salud pública de interés internacional.</p>
<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HUMANA:</p> <p>1.- Determinar el riesgo pandémico y excluir la propagación hacia otros países o regiones y reconocer esta última tan pronto ocurra</p>	<p>1.- Continuar fortaleciendo las actividades de v igilancia intensificada de las ETI e IRAG a nivel nacional.</p> <p>2.- Reforzamiento en la difusión de la definición de caso y mantener alerta al sistema público y privado</p> <p>3.- Estudio de la resistencia antivírica en la aplicación de los antivirales.</p> <p>4.- Continuidad de las jornadas de comunicación (illuminate) para fortalecer el intercambio de experiencias, datos epidemiológicos, clínicos, virológicos, y orientación con otros países para el control de la infección incorporando personal de las regiones de parta mentales...</p>
<p>MANEJO DE CASOS</p> <p>1.- Limitar la morbilidad y mortalidad secundarias a las infecciones humanas actuales</p> <p>2.- Evaluar la posibilidad de usar los medicamentos antivirales durante el periodo pandémico</p>	<p>1.- Considerar el uso de medicamentos antivirales para el tratamiento temprano de casos</p> <p>2.- Movilización máxima de los servicios de salud y la ejecución integral de los planes de emergencia y de preparación para situaciones imprevistas en las zonas afectadas, inclu ida la coordinación con otros sectores</p>

<p>3.- Procurar que los sistemas de salud estén preparados para incrementar la respuesta y modificar las prioridades del tamizaje y del tratamiento, para que estas medidas se apliquen en el país tan pronto resulte afectado</p> <p>4.- Prevenir la transmisión nosocomial y mantener la bioseguridad</p>	<p>3.- Continuar con las pautas de triaje en los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios y los demás procedimientos de emergencia, para una utilización eficiente de los recursos en salud</p> <p>4.- Preparar al personal de atención en salud para un posible cambio de políticas con respecto a la reorganización de los servicios y uso de los antivirales para la exposición ocupacional (cambio de profilaxis a tratamiento temprano).</p> <p>5.- reforzar las medidas de control de infecciones al interior de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios.</p>
<p>CONTENCIÓN POBLACIONAL:</p> <p>1.- Realizar esfuerzos máximos para contener o retardar la transmisión del virus de persona a persona y el inicio de una pandemia</p> <p>2.- Apoyar los preparativos de tener acceso a la vacuna para su distribución en la medida de que exista aprovisionamiento</p> <p>3.- Adquirir experiencia temprana en el uso de la vacuna</p>	<p>1.- Evaluar la repercusión de las medidas de contención hasta la fecha, a fin de practicar los ajustes necesarios, compartir los resultados con la comunidad internacional para permitir la actualización de las pautas y las recomendaciones nacionales e internacionales</p> <p>2.- Recomendar diferir viajes no esenciales a áreas afectadas</p> <p>3.- Reforzar medidas de control de puertos de entradas</p> <p>4.-Reforzar la difusión de medidas de prevención de la influenza en la comunidad.</p> <p>5.-Confinamiento y seguimiento de contactos por periodo de incubación de la enfermedad.</p> <p>6.- Considerar el cierre de las escuelas en conjunto con otras medidas como limitar actividades fuera del horario habitual, para evitar contacto niños sanos y afectados.</p> <p>7.- Considerar medidas para reducir aglomeraciones de adultos</p> <p>8.- Implementar una línea telefónica de consulta de la comunidad</p> <p>9.- Evaluar o reevaluar la eficacia y la factibilidad de la profilaxis con antivirales con el propósito de contener los brotes, determinar la población destinataria, cuando se acuerda la intervención , aplicarla como medida de emergencia, evaluar la repercusión</p> <p>10.- Considerar la suspensión de la vacuna estacional si hay acceso a la vacuna pandémica</p>

	<p>11.- Planificar la distribución de la vacuna y acelerar los preparativos para las campañas de vacunación colectiva cuando se cuente con el insumo</p> <p>12.- Revisar y adaptar las prioridades de vacunación en función de riesgo de las personas</p> <p>13.- Evaluar la competencia y la capacidad para la ejecución de los procedimientos de control de la infección en los pacientes, aplicar un control de infección acorde con las recomendaciones de la OMS.</p> <p>14.- Aplicar los procedimientos para el manejo de cadáveres según recomendaciones de la OMS.</p>
<p>PRESERVACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS:</p> <p>1.- Determinar y vigilar los recursos de salud pública y de los sectores de servicios básicos necesario, para la respuesta frente a la pandemia</p>	<p>1.- Ejecutar un seguimiento en tiempo real de los recursos esenciales (materiales, infraestructura, vacunas, medicamentos y otros) en base a la experiencia nacional y la de otros países siguiendo lineamientos de la OMS.</p> <p>2.- Asegurar la dotación de recursos humanos y materiales adicionales y medios alternativos de suministros de todos las instancias de servicios básicos involucrados en la respuesta Antipandémica, que garanticen el funcionamiento permanen te según los pronósticos de las necesidades y los planes para situaciones imprevistas</p> <p>3.- Asegurar la dotación de recursos humanos y materiales adicionales y medios alternativos de suministros de atención en salud, según los pronósticos de las necesidad e s y los planes para situaciones imprevistas</p> <p>5.- Explorar los medios de proporcionar medicamentos y atención medica sin costo al paciente y al sistema de prestación de servicios de salud con el fin de promover la búsqueda de atención y la pronta notificaci ón</p> <p>6.- Explorar la posibilidad de adquisiciones de equipo de soporte para la atención hospitalaria como respiradores y otros para incrementar la respuesta.</p> <p>7.- Continuar evaluando vínculos de coordinación con otros sectores involucrados en la respuesta a la influenza verificando el suministro y necesidades de recurso, insumos y otros.</p>

	<p>8.- Definir la población prioritaria (ENEE, bomberos, SANAA , HONDUTEL, SS, SAG, COPECO, Transporte y otras) para proteger sea con vacunación y con medidas de protección personal de los servicios de apoyo.</p> <p>9.- Capacitar personal prioritario de los servicios básicos en medidas de protección farmacológicas y no farmacológicas</p> <p>10.- Elaboración de simulaciones de coordinación y comunicación</p> <p>11.- Considerar medidas de protección farmacológicas</p> <p>12.- Continuar evaluando vínculos de coordinación con otros sectores involucrados en la respuesta a la influenza verificando el suministro y necesidades de recurso, insumos y otros.</p>
INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN	<p>1.- Evaluar de manera continua la eficacia de las intervenciones de vigilancia, contención y manejo de casos.</p> <p>2.- Vigilar la aparición de resistencia a los antivirales</p> <p>3.- Evaluar la Implementación del plan Antipandémica</p>
INTERFACE HUMANA– ANIMAL	<p>a.- Aves</p> <p>1.- Avalúo en aves, productos, subproductos y materiales que serán destruidos a causa de haber estado expuestos al virus o que hayan sido contaminados por el agente etiológico, sin que sea posible su desinfección</p> <p>2.- Despoblación que comprende el sacrificio y destrucción de las aves infectadas y materiales contaminados que por su naturaleza se imposibilita la limpieza y desinfección.</p> <p>3.- Limpieza y desinfección posterior a la despoblación por personal capacitado.</p> <p>4.- Compensación a los productores en base al avalúo, sacrificio y destrucción de aves infectadas.</p> <p>5.- Vacunación preventiva en granjas vecinas no infectadas y de esta manera se evita el sacrificio preventivo.</p> <p>6.- Vigilancia epidemiológica (rastros) a través de los muestreos de animales afectados o sospechosos.</p> <p>7.- Restricción del acceso a las granjas de trabajadores con enfermedad de influenza compatible con la definición de caso</p>

	<p>8. Notificación inmediata a la unidad de salud pública más cercana ante la identificación de trabajadores con síntomas respiratorios agudos</p> <p>b.- Cerdos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Restricción de la movilización de cerdos de 1 - 10 días después del último animal recuperado 2.- Segregación de sanos y enfermos y disponer al comercio los sanos con la autorización de la autoridad competente para evitar la sobrepoblación en granjas 3.- Restricción del acceso a las granjas, de trabajadores de otras granjas con enfermedad de influenza compatible con la definición de caso 4.- Vacunación contra la influenza (no pandémica) porcina en áreas de alto riesgo.(brotes) si hay vacuna disponible 5.- Notificación inmediata a la unidad de salud pública más cercana ante la identificación de trabajadores con síntomas respiratorios agudos
<p>PLAN IEC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Preparar al público y a los demás asociados para una probable progresión rápida de los acontecimientos para medidas de urgencias adicionales y para perturbación de la vida corriente 2.- Procurar el rápido intercambio de información apropiada entre las autoridades de salud , otras dependencias pertinentes del estado y los demás asociados, incluido lo que se conoce y lo que se ignora 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Reforzar mensajes para la adopción de medidas de prevención de influenza a la comunidad y personal de los servicios de salud. 2.- Redefinir los mensajes esenciales de contención poblacional, plantear mensajes con expectativas razonables para el cumplimiento por la comunidad, hacer énfasis en la necesidad de acatar recomendaciones de salud pública pese a sus posibles limitaciones 3.- Afinar las estrategias y sistemas de comunicación en previsión de la pandemia inminente 4.- Informar al público sobre las intervenciones que podrían modificarse o aplicarse durante la pandemia o restringirse 5 - Reforzar mensajes sobre promoción para que la población adopte comportamientos adecuados relacionados con el autocuidado.

6.6 .- PERIODO PANDEMICO

FASE VI: PANDEMIA: TRANSMISIÓN ACRECENTADA Y CONTINUADA EN LA POBLACIÓN GENERAL.

META: REDUCIR AL MÍNIMO LA REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA.

OBJETIVOS	MEDIDAS O ACTIVIDADES
<p>ORGANIZACIÓN Y CONTROL</p> <p>1.- Promover el liderazgo y coordinación de los recursos multisectoriales para: reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad, preservar la eficacia real del sistema de atención en salud, reducir al mínimo la perturbación social y las repercusiones económicas.</p> <p>2.- Procurar acceso razonable a los recursos finitos, incluidas las vacunas y otros recursos farmacéuticos</p> <p>3.- Establecer y mantener la confianza entre todas las instituciones, organizaciones, público en general, mediante el compromiso de transparencia y medidas creíbles</p> <p>4.- Extraer enseñanzas de la respuesta a la pandemia en curso, con el fin de mejorar la estrategia de la respuesta y contribuir a la planificación futura</p> <p>5.- Administrar las exigencias al sistema de salud con el fin de maximizar la sostenibilidad de la respuesta</p>	<p>1.- Asegurar los recursos humanos, insumos y suministros para la ejecución de todos los elementos esenciales del plan nacional Antipandémica, intra e intersectorial y con la cooperación externa para la ejecución de las intervenciones específicas contenidas en todos los componentes del plan.</p> <p>2.- Considerar la aplicación de estado de emergencia en salud y facilitar la coordinación inter y extra sectorial, con la finalidad de incrementar la movilización de recursos y aplicación de medidas de contención farmacológicas y no farmacológicas con todos los sectores involucrados. Y poderes de emergencia.</p> <p>3.- Ejecutar las intervenciones de salud pública apropiadas tal y como se definió en el plan para situaciones impre vistas y considerar las nuevas pautas de recomendaciones de la OMS, considerando principios de ética en las medidas aplicadas.</p> <p>4.- Facilitar las medidas de apoyo para la aplicación en su totalidad de los planes anti pandémicos de urgencia en todos los niveles, servicios de salud ambulatorios, hospitalarios , públicos, privados donde exista afectación por influenza, así como proveer el apoyo logístico y de recursos humanos y materiales procurando apoyo para el personal de salud, proveer apoyo médico, extra médico, para las personas enfermas en establecimientos de salud, proveer apoyo social, psicológico a los trabajadores de salud, enfermos/as y personas de la comunidad.</p> <p>5.- Facilitar el intercambio de experiencias nacionales e internacionales con la finalidad de compartir y mejorar las respuestas.</p>
<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HUMANA</p> <p>1.- Vigilar las características epidemiológicas, virológicas y clínicas y el curso y repercusiones de la pandemia a nivel mundial, con el fin de pronosticar las tendencias y optimizar el uso de los recursos finitos</p>	<p>1.- Monitoreo diario de la morbilidad y mortalidad respiratoria con reporte diario de unidades públicas y privadas.</p> <p>2.- Elaboración de reportes para las autoridades nacionales, regionales, sociedad civil de la situación internacional, regional y local.</p>

	<p>3.- Caracterización permanente de la situación epidemiológica de enfermedades respiratorias severas (IRAG) de causa desconocida al inicio de la pandemia en cada región departamental.</p> <p>4.- Continuidad de jornadas de comunicación (illuminate) para fortalecer el intercambio de experiencias, datos epidemiológicos, virológicos, y orientación con otros países para el control de la infección incorporando personal de las regiones de parta mentales.</p> <p>5. Actualización de los lineamientos nacionales para la vigilancia epidemiológica de los eventos de la pandemia durante esta fase.</p>
<p>MANEJO DE CASOS</p> <p>1.- Reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad mediante el uso razonable de los recursos farmacéuticos accesibles , vacunas y medicamentos antivirales</p> <p>2.- Optimizar la atención a los pacientes con la limitación de recursos</p> <p>3.- Reducir la repercusión global dela pandemia</p>	<p>1.- fortalecer el conocimiento de los algoritmos para el manejo de casos durante la vigilancia intensificada en los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios.</p> <p>2.- Redefinición del flujo de pacientes sospechosos de influenza de los servicios de salud hacia el nivel hospitalario.</p> <p>3.- Evaluar de nuevo el uso de medicamentos antivirales con base en los estudios clínicos, los indicios de resistencia, los pacientes con factores de riesgo, siguiendo las modificaciones a las recomendaciones de la OMS, las provisiones y los recursos.</p> <p>4.- Cuando los recursos lo permitan, recoger los datos accesibles sobre la eficacia real y seguridad de las intervenciones clínicas y compartirlas con las regiones aun no afectadas y la OMS</p> <p>5.- detectar tempranamente los casos de influenza en los trabajadores de salud y proporcionar tratamiento con antivirales de acuerdo a posibilidad y recursos.</p> <p>6.- Mantener la competencia y la capacidad para tratar la infección en las personas enfermas y aplicar un control de la infección acorde con las últimas recomendaciones de la OMS; mantener la competencia para el uso del equipo de protección personal.</p>
<p>CONTENCIÓN POBLACIONAL:</p> <p>1.- Contener o retardar la propagación mediante intervenciones farmacológicas y no farmacológicas limitando al mismo tiempo la perturbación social</p>	<p>1.- Ejecutar medidas para reducir aglomeraciones como cierre de escuelas, concentraciones masivas de personas, restricción de actividades laborales no fundamentales y otras.</p> <p>2.- La Secretaría de Educación a través de la autoridad superior emitirá la circular ordenando el cierre de las instituciones públicas y privadas, esta decisión se tomara previo a la situación de pandemia decretada por la secretaria de salud.</p>

	<p>3.- La secretaría del interior y población avalara las dec isiones tomadas por la secretaría de salud para evitar la propagación de la epidemia.</p> <p>4.-.- Reforzar la aplicación de medidas de desinfección para la población general: lavado de manos, y medidas generales de higiene en superficies potencialmente contaminadas.</p> <p>5.- La secretaría de educación orientara a los alumnos y padres de familia en bioseguridad para evitar la transmisión de la enfermedad.</p> <p>6.- La Secretaría de Educación apoyara en la difusión del plan de intervención, educación y comunicación.</p> <p>7.- La Dirección Ejecutiva de Ingresos en coordinación con la secretaria de salud asegurara l as medidas preventivas en aduanas, terminales de buses interurbanos, aeropuertos y puertos marítimos.</p> <p>8.- Recomendar a los contactos posponer viajes a áreas no afectadas</p> <p>9.- Diferir viajes no esenciales, tanto fuera como dentro del país, especialmente en zonas no afectadas.</p> <p>10.- Entregar información cartillas y otros a la población y viajeros sobre riesgos de infección. Y medidas de tratamiento temprano. -educación (promoción de la salud)</p> <p>11.- Evaluar la recomendación de confinamiento voluntario u Obligatorio de personas sintomáticas.</p> <p>12.- Asegurar el tratamiento adecuado de acuerdo a la emergencia y a los lineamientos de manejo de la secretaria de salud.</p> <p>13.- Intensificar la campaña para la detección precoz de la enfermedad por parte de la poblac ión y personal de salud; promover el uso de mascarillas en sintomáticos y detección de signos de gravedad para la búsqueda de atención urgente a los servicios de salud.</p> <p>14.-Ejecutar los planes de aprovisionamiento de vacuna Antipandémica, reevaluar ejecutar la dosis y el esquema de vacunación de acuerdo a nuevos lineamientos, planificar la logística para la administración</p>
--	--

	<p>15.- Ejecutar el programa de vacunación según el estado de las prioridades, de acuerdo con la planificación y provisión tan pronto como lo permitan las provisiones y recursos, evaluar la toxicidad y la eficacia, vigilar los suministros,</p> <p>17.- Implementar medidas de bioseguridad (epp) para el recurso institucional en el manejo y traslado del paciente a un nivel superior de atención.</p> <p>18.- El manejo y disposición final de los cadáveres debe ser responsabilidad de la secretaria de gobernación y justicia y en su defecto de los gobiernos municipales, siguiendo los lineamientos contenidos en los anexos.</p> <p>Secretaría de educación:</p> <p>1.- Participación activa de los directores departamentales y docentes a través de capacitaciones previas por el personal de salud.</p> <p>2.- Orientar a los alumnos y padres de familia en las medidas preventivas y de bioseguridad por parte de los docentes capacitados.</p> <p>3.- Participación del maestro en la vigilancia de la situación de salud de sus comunidades y reporte oportuno de personas fallecidas a los servicios de salud.</p> <p>Secretaría de salud:</p> <p>1.- Seguir las recomendaciones del documento (plan de la influenza pandémica).</p> <p>2.- Seguir instrucciones de vacunación de acuerdo al plan nacional contra la influenza pandémica.</p> <p>Secretaría del Interior y Población (SEIP):</p> <p>1.- Participación activa de los gobernadores departamentales velando por el cumplimiento de las normas y lineamientos dictados por la secretaria de salud.</p> <p>2.- El gobernador departamental identificara el recurso responsable para el manejo y disposición final de los cadáveres.</p> <p>3.- En ausencia del gobernador departamental el gobierno municipal ejercerá las funciones expuestas en el numeral 2.</p>
<p>PRESERVACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS</p>	<p>1.- Ejecutar un seguimiento en tiempo real de los recursos esenciales (materiales, infraestructura, vacunas, medicamentos y otros) en base a la experiencia nacional y la de otros países siguiendo lineamientos de la OMS.</p> <p>2.- Asegurar la dotación de recursos humanos y materiales adicionales y medios alternativos de suministros de todos los sectores involucrados en la respuesta Antipandémica, que garanticen el funcionamiento permanente según los pronósticos de las necesidades y los planes para situaciones imprevistas</p>

	<p>3.- Asegurar la dotación de recursos humanos y materiales adicionales y medios alternativos de suministros de atención en salud, según los pronósticos de las necesidades y los planes para situaciones imprevistas</p> <p>4.- Evaluar de nuevo la necesidad de distribuir la reserva actual de medicamentos antivirales a nivel regional y local para facilitar la implementación rápida de la estrategia antiviral</p> <p>5.- Explorar los medios de proporcionar medicamentos y atención medica sin costo al paciente y al sistema de prestación de servicios de salud con el fin de promover la búsqueda de atención y la pronta notificación</p> <p>6.- Explorar la posibilidad de adquisiciones de equipo de soporte para la atención hospitalaria como respiradores y otros para incrementar la respuesta.</p> <p>7.- Continuar evaluando vínculos de coordinación con otros sectores involucrados en la respuesta a la influenza verificando el suministro y necesidades de recurso, insumos y otros. p oner esta actividad en todas las fases</p> <p>8.- Monitoreo permanente del comportamiento de la influenza y de las actividades de servicios de apoyo. (incluir desde la fase de 4 a la 6)</p> <p>9.- Revisar permanentemente el inventario de recursos humanos materiales y suministros de los servicios de apoyo.</p> <p>10.- Fortalecer y mantener la capacitación continua del personal de servicios básicos en medidas de protección farmacológica y no farmacológica.</p> <p>11.- Evaluar posibilidad de aplicación de medidas farmacológicas al personal de servicios básicos.</p>
<p>INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN:</p> <p>1.- Evaluar la eficacia real de las respuestas y de las intervenciones específicas</p>	<p>1.- Evaluar y hacer públicas las repercusiones acumuladas actuales</p> <p>2.- Vigilar y evaluar la repercusión nacion al (morbilidad, mortalidad, ausentismo escolar y laboral, grupos de riesgo, zonas afectadas, recursos de trabajadores de servicios básicos, material sanitario, ocupación y recurso cama, presiones para los ingresos, uso de establecimientos alternativos de salud, capacidad mortuoria)</p> <p>3.- Evaluar la necesidad de implementar medidas excepcionales de contención poblacional, uso de antivirales y vacunación.</p>

	<p>4.- Evaluar la cobertura y repercusión de los tratamientos y medidas de neutralización, como la eficacia y seguridad de la vacunación, de los antivirales, de la aparición de resistencia, de las intervenciones no farmacológicas y otras.</p> <p>5.- Realizar estudios sobre las tendencias y repercusiones económicas y sociales de la pandemia, si se cuenta con recursos suficientes</p> <p>6.- Auditar los resultados de las medidas de comunicación para afinar la respuesta actual y mejorar los preparativos anti pandémicos futuros</p>
<p>INTERFACE HUMANA– ANIMAL</p> <p>Activación del sistema nacional de emergencia</p>	<p>a.- Aves</p> <p>1.- Continuación de las actividades de avalúo en aves, productos subproductos y materiales que serán destruidos a causa de haber estado expuestos al virus o que hayan sido contaminados por el agente etiológico, sin que sea posible su desinfección</p> <p>2.- Continuación de las actividades de despoblación que comprende el sacrificio y destrucción de las aves infectadas y materiales contaminados que por su naturaleza se imposibilita la limpieza y desinfección.</p> <p>3.- Ejecución de actividades de limpieza y desinfección posterior a la despoblación por personal capacitado.</p> <p>4.- Compensación a los productores en base al avalúo, sacrificio y destrucción de aves infectadas.</p> <p>5.- Centinelización para confirmar la no circulación viral e iniciar las actividades de repoblación</p> <p>6.- Vacunación preventiva en granjas no infectadas y vecinas en las cuales existe el riesgo de contraer la enfermedad.</p> <p>7.- Vigilancia epidemiológica (rastreos) a través de los muestreos de animales afectados o sospechosos</p> <p>8.- Restricción del acceso a las granjas, de trabajadores de otras granjas con enfermedad de influenza compatible con la definición de caso</p> <p>b.- Cerdos:</p> <p>1.- Restricción de la Movilización de cerdos de 1 a 10 días después del último animal recuperado</p>

	<p>2.- Segregación de sanos y enfermos y sacrificar a los sanos con la autorización de la autoridad competente para evitar la sobrepoblación en granjas</p> <p>3.- Mantener la restricción el tránsito de trabajadores entre explotaciones porcinas.</p> <p>4.- Restringir el acceso a las granjas de trabajadores con enfermedad de influenza compatible con la definición de caso</p> <p>5.- Vacunación contra la influenza (no pandémica) porcina en áreas de alto riesgo. (Brotos).</p>
<p>PLAN IEC</p> <p>1.- Procurar el acceso del público a fuentes nacionales oficiales y a puntos focales de información actualizada periódicamente, creíble y uniforme en relación con la pandemia</p> <p>2.- Mantener canales abiertos y accesibles para aconsejar al público sobre asuntos específicos (ejemplo viajes reuniones sociales etc.)</p> <p>3.- Conseguir aceptación y apoyo por parte del público para las respuestas nacionales y las medidas para situaciones imprevistas</p> <p>4.- Conseguir el rápido intercambio de la información referente al progreso de la pandemia entre las autoridades de salud, otras dependencias pertinentes del gobierno y demás asociados</p>	<p>1.- Mantener mensajes de comunicación de riesgo poblacional en general, a profesionales y grupos de riesgo sobre complicaciones, medidas de higiene, búsqueda temprana de atención.</p> <p>2.- Revisar y redefinir mensajes esenciales y estrategia de comunicación si es necesario.</p> <p>3.- Establecer enlaces diarios de reportes con prensa hablada, escrita y televisada a nivel nacional y regional.</p> <p>4.- Mantener actualizada página web de la SS para información general</p> <p>5.- Mantener la capacidad para responder a las exigencias de información previstas a nivel nacional e internacional</p> <p>6.- Activar todos los elementos del plan de comunicación</p> <p>7.- Reconocer y responder a la ansiedad general, el sufrimiento y el malestar generados por la pandemia a través de línea telefónica, y programas radiales y televisivos.</p> <p>8.- Mantener informados a los medios de comunicación, a los asociados profesionales y a otros interesados directos sobre el progreso de la pandemia en los países afectados; preparar al público para el inicio inminente de la actividad pandémica.</p> <p>9.- Mantener informada a la población en general sobre las medidas de promoción, hábitos de higiene y de cuidado personal.</p>

6.7 .- PERIODO POSTPANDÉMICO

FASE VII: PERIODO DE TRANSICIÓN ENTRE FASES, DISMINUCIÓN DE LA TRANSMISIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL

META: FORTALECER MEDIDAS DE CONTENCIÓN PARA REDUCIR LA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LAS DISFUNCIÓN SOCIAL EN LA POBLACIÓN.

OBJETIVOS	MEDIDAS O ACTIVIDADES
<p>ORGANIZACIÓN Y CONTROL</p> <p>1.- Adecuar y actualizar el plan Antipandémica, en base a las lecciones aprendidas, incluyendo las acciones necesarias para enfrentar futuras pandemias.</p>	<p>1.- Declarar el fin del estado de emergencia en el país, para la continuación con las actividades normales durante los periodos Interpandémico de influenza.</p> <p>2.- Adecuación y actualización del plan Antipandémica, en base a las lecciones aprendidas, incluyendo las acciones necesarias para enfrentar futuras olas pandémicas.</p> <p>3.- Realizar reconocimientos públicos de las contribuciones de todos los implicados directos, indirectos (incluso al público) y del personal de salud en la lucha contra la enfermedad</p> <p>4.- Notificar el estado actual de la pandemia a los sectores involucrados, nacionales, internacionales y público en general a través de los medios definidos para tal efecto. (medios masivos de comunicación y reuniones de evaluación del plan)</p> <p>5.- Compartir la experiencia adquirida en el desarrollo de las actividades de control con la comunidad internacional a través de conferencias por internet, reportes de evaluación y la participación en reuniones internacionales.</p> <p>6.- Revisar, evaluar y modificar el plan nacional, los planes regionales, municipales y locales en base a la experiencia adquirida, lineamientos de la OMS en previsión de ondas subsiguientes</p> <p>7.- Mantener niveles de alerta en todos los grupos poblacionales y de trabajo.</p>
<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</p>	<p>1.- Restablecer la vigilancia intensificada para la detección temprana de la siguiente onda</p> <p>2.- Ajustar las definiciones de caso, los protocolos y los algoritmos</p> <p>3.- Mantener el fortalecimiento de la vigilancia inusual para la detección precoz de la siguiente ola.</p> <p>4.- Mantener fortalecida la vigilancia epidemiológica y de laboratorio y el envío de muestras positivas de influenza de las unidades centinelas al laboratorio nacional de referencia para su tipificación.</p>

<p>MANEJO DE CASOS</p>	<p>1.-Evaluacion del desempeño del recurso humano de la red de servicios en el manejo de las ETI e IRAG.</p> <p>2.- Revisión de protocolos de tratamiento de casos e n los servicios de salud y readecuación de acuerdo a lineamientos de la OMS.</p> <p>3.- Evaluación del estado de los servicios de salud y giro de recomendaciones de reorganización de acuerdo al estado actual.</p>
<p>CONTENCIÓN POBLACIONAL</p>	<p>1.- Adquisición de vacunas con la cepa pandémica, reevaluar los grupos los grupos a vacunar, según impacto de esta actividad durante la primera ola, y ejecutar campaña de vacunación de acuerdo a disponibilidad de recursos.</p> <p>2.- Iniciar la vacunación de las personas no inmunizadas de acuerdo a planificación y estado de prioridades, y provisiones</p> <p>3.- Continuar con el programa de vacunación según la planificación, el orden de las prioridades y las provisiones.</p>
<p>PRESERVACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS</p>	<p>1.- Determinar en base a la experiencia nacional e internacional la estimación de recursos logísticos, humanos y materiales y líneas de autoridad necesarios para la Implementación de las actividades de control en las siguientes ondas pandémicas</p> <p>2.- Apoyar la reconstrucción de los servicios básicos de salud y de apoyo sin olvidar el descanso y recuperación rotatorio del personal</p> <p>3.- Evaluar la necesidad de recursos para las siguientes ondas, en caso que ocurran</p> <p>4.- Determinar las medidas más eficaces de vigilancia y control para las siguientes ondas pandémicas</p> <p>5.- Procurar que el personal en sobrecarga de trabajo tenga oportunidad de descanso y recuperación</p> <p>6.- Reaprovisionar la reserva de medicamentos y materiales; revisar y renovar el equipo de los servicios de básicos y de recursos humanos.</p>

<p>INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN</p> <p>1.- Evaluar la eficacia real de las intervenciones utilizadas hasta la fecha con el fin de guiar las intervenciones futuras</p>	<p>1.- Estudiar las repercusiones psicológicas en el personal de salud y población en general.</p> <p>2.- Revisar las enseñanzas extraídas de la experiencia</p> <p>3.- Estudiar la eficacia real de los tratamientos y las medidas de neutralización, actualizar las normas, los protocolos y los algoritmos</p> <p>4.- Evaluar los datos de eficacia, toxicidad, resistencia a los antivirales, revisar y actualizar las normas, según sea necesario, evaluar los suministros para las ondas siguientes</p> <p>5.- Evaluar la cobertura. La eficacia y la seguridad de la vacuna hasta la fecha.</p> <p>6.- Evaluar la respuesta de las comunicaciones durante las fases previas, revisar las enseñanzas extraídas .</p>
<p>INTERFACE HUMANA- ANIMAL</p>	<p>1.- Implementación de las actividades de repoblación animal.</p>
<p>PLAN IEC</p>	<p>1.- Responder públicamente a las emociones de la comunidad después de la pandemia</p> <p>2.- Crear consciencia en las personas sobre las incertidumbres relativas a las siguientes ondas</p> <p>3 – Retroalimentar a la población en general con mensajes de promoción y prevención orientados a la sensibilización de la salud mental.</p> <p>4 -Informar a la población en general acerca de la importancia de continuar practicando las medidas de autocuidado.</p>

7.- ANEXOS:

7.1 .- PREPARACIÓN PARA UNA EMERGENCIA (ORGANIZACIÓN Y CONTROL)

El propósito de esta sección es establecer la modalidad de organización en el país que cuente con capacidad de respuesta política, técnica y operativa que le confiera la posibilidad de un control efectivo de la pandemia de influenza, incorporando los actores claves que se consideren pertinentes dentro de la sociedad nacional e instituciones solidarias.

Reconociendo el grave impacto en la salud de la población y ante la posibilidad de sobrepasar ampliamente la capacidad de respuesta actualmente existente ante amenazas sanitarias como lo ha sido la pandemia de influenza en el mundo en general y en Honduras en particular, se constituyen dos instancias íntimamente relacionadas con la finalidad de elaborar, implementar y monitorear un plan integral de preparación, mitigación y control de la pandemia de influenza.

7.1.1.- Comisión Nacional de Preparación, Respuesta y Mitigación ante la Pandemia de Influenza:

Este primer nivel corresponde a la organización de instituciones consideradas como directamente responsables de llevar a cabo acciones complementarias más eficaces y eficientes en la lucha antipandémica. Se trata de una instancia debidamente oficializada mediante decreto legislativo con capacidad de decisión política suficiente para implementar el plan antipandémico.

Estará conformado por los titulares de:

- SECRETARÍA DE SALUD
- SECRETARÍA DE FINANZAS
- COPECO
- SECRETARÍA DE SEGURIDAD
- SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA
- SECRETARÍA DE EDUCACION
- SECRETARÍA DE POBLACIÓN YEXTRANGERÍA
- AHMON
- COMISIÓN DE SALUD DEL CONGRESO NACIONAL
- SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES
- SECRETARÍA DE AGRICULTURAY GANADERIA
- SETCO
- SECRETARÍA DE DEFENSA
- SISTEMA DE NACIONES UNIDAS
- SOPTRAVI
- COHEP
- ASOCIACIÓN DE UNIVERSIDADES

7.1.2.- Funciones principales de la comisión:

Las funciones principales de esta comisión son las siguientes:

1. Establecer del plan nacional antipandemia como una prioridad en la agenda pública
2. Coordinar a nivel nacional la respuesta social a la problemática generada por la pandemia a través de la organización, implementación y ajustes del plan nacional anti pandemia de influenza.
3. Coordinar la organización nacional e internacional para la gestión de los recursos humanos, insumos y suministros necesarios en el país para afrontar la pandemia de influenza.

La coordinación general de la comisión nacional estará a cargo de la instancia que coordina el Sistema Nacional de Gestión de Riesgos (SINAGER), mientras que la coordinación técnica será responsabilidad del Secretario de Salud y de la Secretaría de Agricultura y Ganadería de acuerdo a la tipología de la amenaza, sea esta humana o animal. Las instituciones que conformen la Comisión estarán representadas por un delegado propietario y un suplente, con voz y voto.

La organización y funcionamiento de la comisión se regirá por un Reglamento Interno que se describe en anexo No.- 11.

Para enfrentar la Pandemia de Influenza, la Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas creará una partida especial, previa aprobación del Congreso Nacional, con el fin de hacerle frente y reducir los daños. Lo anterior se entenderá sin perjuicio de que cada institución que forma parte de la Comisión, aporte cualquier recurso material, que coadyuve en el cumplimiento del cometido de dicha Comisión.

7.1.3.- Comité Técnico Intersectorial Antipandémico

Con el propósito de facilitar la implementación de acciones de prevención y control contempladas en el plan antipandémico contra la influenza, se ha establecido la conformación del Comité Técnico Intersectorial antipandémico el cual será su instancia operativa.

Este comité designará una serie de subcomités de trabajo a los que se asignará un coordinador responsable. Los coordinadores de cada subcomité integrarán el Comité Técnico Intersectorial Antipandémico, cuya coordinación general estará a cargo del Director General de Vigilancia de la Salud y rendirá cuenta de sus acciones a la Comisión Nacional de Preparación, Respuesta y Mitigación ante la Pandemia de Influenza.

Durante el periodo pandémico, el comité se reunirá con la frecuencia que sea necesario y será convocado por el Director General de Vigilancia de la Salud. Se prevé al menos dos jornadas al año de capacitaciones para el comité en temas relacionados con el abordaje integral de amenazas a la salud pública nacional o internacional.

Los subcomités establecidos en el marco de este comité, sus coordinadores e instancias que las integran se detallan a continuación:

Sub Comités:

1. Vigilancia epidemiológica (humana y animal)
Coordinado por la DGVS, integrado por las siguientes entidades:
SENASA, OPS, FAO, OIRSA, CDC, Colegio Médico veterinario
2. Organización de atención a las personas
Coordinado por la Dirección General de Redes de Servicios (DGRS), integrado por las siguientes entidades:
IHSS, Asociación de Hospitales Privados, Colegio Médico y representantes de clínicas privadas
3. Contención poblacional
Coordinado por la Secretaría de Gobernación y Justicia, integrado por las siguientes entidades:
Secretaría de Seguridad, Secretaria de Defensa, AMHON, Medicina Forense, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Secretaria de Educación
4. Información, Comunicación y Educación
Coordinado por la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), integrado por los siguientes entes:
Secretaria de Educación, UNICEF, Secretaria de Prensa de la Presidencia, Asociación de Medios de Comunicación.
5. Soporte Logístico y de Servicios Públicos.
Coordinado por Cuerpo de Bomberos, integrado por: Departamento de Emergencias Nacionales, ENEE, SANAA, Cruz Roja, HONDUTEL, Cuerpo de Bomberos Y CONATEL
6. Coordinación y Monitoreo Intersectorial
Coordinado por COPECO, integrado por: Secretaria de Relaciones Exteriores, SETCO, Gerencia Administrativa de la SESAL, Dirección Ejecutiva de Ingresos (DEI), UPEG de SESAL, Federación de Organizaciones Privadas de Desarrollo de Honduras (FOPRIDEH), Comisión de Salud del Congreso Nacional, Secretaria de la presidencia.

Funciones del Comité técnico Intersectorial Antipandémico:

1. Constituirse como la instancia operativa de la Comisión Nacional de Preparación, Respuesta y Mitigación ante Pandemia de Influenza a la cual informara de manera permanente las actividades que realiza.

2. Elaboración y gestión del Plan Antipandémico Nacional de mitigación y respuesta a la pandemia de Influenza.
3. Establecer un sistema de vigilancia y monitoreo que permita evaluar el cumplimiento del plan de manera permanente y readecuar las actividades en función del comportamiento de la pandemia.
4. Vigilar el cumplimiento ético para el manejo de casos, así como la estimación del impacto potencial de la pandemia en el país.
5. Dictar los lineamientos técnicos para el abordaje de la pandemia a nivel nacional, siguiendo las directrices emanadas de la OMS.
6. Asegurar el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional

7.1.4.- Estimación del riesgo e impacto y de necesidades de recursos humanos, insumos y suministros ante una eventual pandemia en el país

El impacto de la próxima pandemia de Influenza es difícil de predecir, depende de la virulencia del virus, de su rapidez de propagación en la población y de la eficacia de las medidas de prevención y tratamiento del país.

Las estimaciones de los impactos sociales y económicos son importantes para orientar las decisiones política y técnicas de salud en la planificación de las actividades de prevención y control ante una pandemia con la participación de todos los sectores involucrados.

Una estimación de la salud y el impacto económico de una pandemia en algunos países se ha realizado utilizando un modelo desarrollado por Meltzer y colegas, Centro de control y prevención de enfermedades de Atlanta. La hipótesis en este modelo se basan en datos epidemiológicos de diversos países de América sobre resultados de salud en población mutuamente excluyente (muerte, hospitalización, consultas externas tratamiento, y los enfermos que no han recibido ninguna atención) para las epidemias anuales graves de influenza A y los datos de las pandemias más recientes (es decir, sin incluir la pandemia de 1918-1919). Para los efectos de la planificación que considere las estimaciones de este modelo a fin de reflejar un "leve a moderado" escenario en términos de severidad de enfermedad. Recientemente, se han hecho proyecciones sobre la base de una "grave" situación. En la situación grave existen antecedentes de escenarios donde se estima que 2% de los casos clínicos se morirán y el 10% requiere hospitalización para el tratamiento de su enfermedad. Si bien estas estimaciones, que se consideran más de acuerdo con los resultados de la pandemia de 1918-1919 se han utilizado para describir el potencial impacto de una pandemia grave, hasta la fecha valdría la pena hacer hincapié en la planificación nacional para una pandemia de gravedad moderada.

Las estimaciones del país para efecto de esta pandemia se harán tomando como base, el comportamiento de la enfermedad en la actualidad a nivel nacional, centro, norte y sur América, siguiendo los datos reportados por la OMS. Junto a esta estimación deberá realizarse además la carga de trabajo que implican las actividades de prevención, protección y manejo de la pandemia en el país.

7.1.5.- Ética:

La ética en salud pública es una nueva área que pretende identificar los valores subyacentes y principios que deben orientar las intervenciones. Se ha señalado que "la ética requiere de la mejora de la salud que se ve reflejado a través de principios de justicia y respeto, lo que significa de una manera lógica y transparente que se debe, hacer lo correcto". Evidentemente, esto no siempre es fácil, ya que puede haber conflicto de interés en la aplicación de los principios éticos.

Es importante que desde la perspectiva de esta pandemia, por ser un problema de la población deben de prevalecer durante el desarrollo de la misma en mayor medida los intereses de la colectividad sobre los individuales. Lo anterior nos lleva a la necesidad de realizar medidas adecuadas de prevención para toda la población, informar a esta sobre el comportamiento de la enfermedad, y realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento individual de los casos.

Los principios éticos que regirán este plan son los siguientes:

1. Proteger y promover la salud de toda la población a través de una información expedita y realista.
2. Garantizar la distribución equitativa y justa de los recursos en salud ante una pandemia.
3. Respeto a la dignidad intrínseca de todas las personas en la vigilancia, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
4. Utilizar los medios menos restrictivos individuales en el control de la enfermedad.
5. Optimizar la relación riesgo / beneficio de las medidas a implementar.
6. Trabajar con transparencia y la rendición de cuentas a la población.

7.1.6.- Organización de la cooperación internacional

En Honduras desde septiembre de 2007 se ha organizado la Comisión Interagencial de Influenza Aviar, integrada por la Secretaría de Salud, Secretaría de Agricultura, Secretaría de Relaciones Exteriores, COPECO, FOPRIDEH, HONDUSALUD, OPS/CDC/CAP, FAO, UNICEF, cuya secretaría general está bajo la responsabilidad de la OPS, a través del punto focal nacional para enfermedades transmisibles y no transmisibles. A través de esta comisión se canalizará la movilización de la cooperación internacional utilizando los manuales de cooperación internacional y cancillería que al respecto se han establecido.

7.2 .- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Vigilancia en personas

7.2.1.- Introducción:

No se conoce con seguridad a qué tipo de virus se deberán las pandemias venideras, el riesgo de aparición de nuevos casos es permanente, al igual que la aparición de un virus pandémico, como lo ocurrido en el año 2009 con la aparición del virus de Influenza A (H1N1) que causó un gran número de casos de los cuales se confirmaron por laboratorio 620 casos con 16 defunciones. La estrategia de vigilancia, detección oportuna y respuesta rápida es crucial para la contención o el retraso del avance de cualquier amenaza de pandemia. La vigilancia de la influenza permite conocer las cepas y detectar de inmediato una cepa pandémica, es por ello que en el año 2006 la 59 asamblea mundial de salud emitió dentro de sus resoluciones adelantar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional 2005, el cual convoca a los países miembros a cumplir inmediatamente, de manera voluntaria con el reglamento, y en su parte II hace referencia a “ la vigilancia y el intercambio de información, la consulta, la comprobación y la respuesta de salud pública con respecto a cualquier nuevo subtipo de virus de la influenza con potencial pandémico”.

7.2.2.- Objetivo de la vigilancia epidemiológica

Establecer los lineamientos para la detección oportuna del virus de la influenza circulante en el país que permita identificar tempranamente una cepa con potencial pandémico, caracterizar el comportamiento de la misma para la toma de decisiones operativas y de comunicación para prevenir y controlar la amenaza de pandemia en el país.

7.2.3.- Actividades de vigilancia epidemiológica

Las actividades fundamentales que en el país debe cumplir la vigilancia y que es congruente con las recomendaciones de la OMS, son las siguientes:

- Detectar oportunamente la aparición de nuevos subtipos en el cumplimiento del nuevo Reglamento Sanitario Internacional del 2005
- Detectar brotes de enfermedades respiratorias virales inusuales o inesperadas
- Determinar las características epidemiológicas de la influenza estacional y otras enfermedades respiratorias virales
- Vigilar los virus de la influenza estacional y formular recomendaciones para la composición anual de vacunas, determinar la concordancia entre la vacuna y las cepas que están en circulación
- Calcular la carga de las ETI e IRAG en los seres humanos
- Orientar la formulación de las políticas y las directrices para la prevención y el control de la influenza.

Para la realización de estas actividades, la vigilancia de la influenza se hará bajo dos modalidades en el país:

Vigilancia centinela

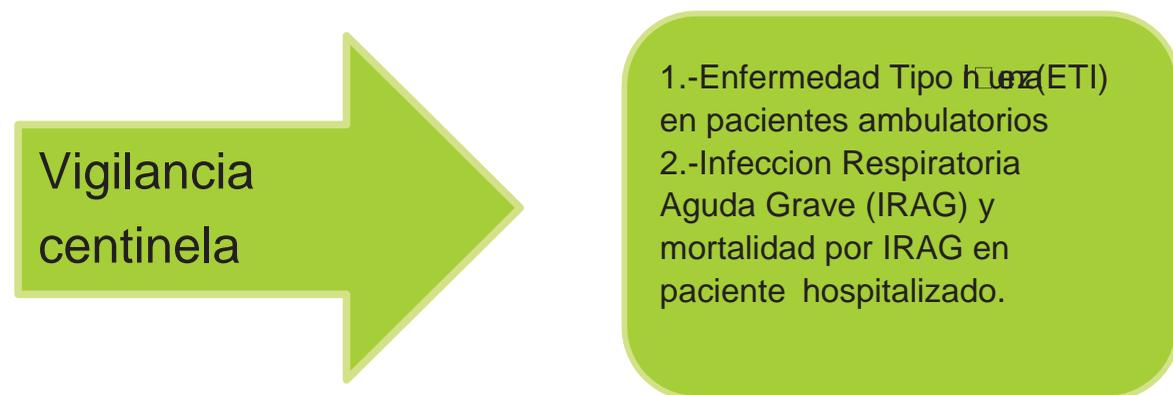
Vigilancia intensificada

7.2.4.- Vigilancia centinela

La vigilancia centinela es una modalidad de vigilancia complementaria a la vigilancia universal, que es realizada en lugares seleccionados de manera permanente, continua e independiente de la fase de la pandemia existente. La utilidad de este tipo de vigilancia es para estimar la carga de la enfermedad, posibilitar el aislamiento del virus circulante, contribuir para determinar la composición de la vacuna estacional y detectar la circulación de virus atópicos con potencial pandémico.

La vigilancia centinela se realiza en dos unidades centinela definidas en el país, localizada una en Tegucigalpa y conformada por el Centro de Salud Alonso Suazo y el Instituto Nacional de Tórax, y una unidad en San Pedro Sula conformada por el Centro de Salud Miguel Paz Barahona, Hospital Mario Catarino Rivas; consulta externa del IHSS y hospitalización del IHSS, la detección de los casos de ETI (Enfermedades Tipo Influenza) se realiza el CESAMO Alonso Suazo, Tegucigalpa y CESAMO Miguel Paz Barahona y consulta externa del IHSS San Pedro Sula y de los casos hospitalarios de IRAG (Infecciones Respiratorias Agudas Graves) en el Instituto Nacional Cardiopulmonar en Tegucigalpa, hospital Mario Catarino Rivas y el hospital del IHSS de San Pedro Sula.

Mecanismos para la vigilancia centinela:



Esto implica la notificación inmediata de los casos, la confirmación diagnóstica por laboratorio y su clasificación final (confirmado ó descartado). Para tal efecto se propone las siguientes definiciones.

Definiciones de caso para la vigilancia centinela:

Las definiciones de caso deben ser estandarizadas para comparar las enfermedades entre diferentes zonas de un país y también entre países.

El sistema de vigilancia de la influenza utilizará dos definiciones de caso:

1. Los consultorios centinela utilizarán el término de ETI, que se define, según los criterios de la OMS, como
 - Aparición súbita de fiebre superior a 38° C
 - Tos o dolor de garganta y
 - Ausencia de otras causas
2. En los hospitales centinela, se utilizará el termino de IRAG, definida por la OMS, como():

En el caso de los pacientes ≥ 5 años:

- Aparición súbita de fiebre superior a 38 °C
 - Tos o dolor de garganta
 - Disnea o dificultad para respirar y
 - Necesidad de manejo intrahospitalario
- En el caso de los pacientes <5 años: la definición de caso se ha adaptado del Programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (29):
- Cualquier niño menor de 5 años en el que se sospeche clínicamente la presencia de neumonía grave o muy grave (véase el anexo 3), y requiera de internamiento en el hospital

Criterio AIEPI de neumonía en menores de 5 años

Todo niño sospechoso de neumonía presenta: → Fiebre (temperatura >38 C) más, → Tos o di□cultad respiratoria.
Se considera di□cultad respiratoria : → Antes de los 2 meses de edad: más de 60 respiraciones por minuto; → 2 a 11 meses de edad: más de 50 respiraciones por minuto; → 12 meses a 5 años: más de 40 respiraciones por minuto
Todo niño con neumonía grave presenta: → Fiebre (temperatura >38 C) más, → Tos o di□cultad respiratoria más, → tiraje torácico o estridor cuando está tranquilo o → cualquiera de los siguientes signos generales de peligro (enfermedad grave).

Un caso de influenza se confirma cuando los resultados son positivos para el virus de la influenza en las pruebas de laboratorio.

- **Organización de los establecimientos de vigilancia centinela local**

Las establecimientos centinelas en el país están conformadas por la jefatura de los servicios de salud (consultorio u hospital) epidemiólogo del servicio donde exista, los médicos responsables de la atención y el personal de laboratorio de los mismos.

Los jefes de los servicios son responsables de la organización y funcionamiento de los servicios como unidades centinelas, el epidemiólogo es responsable de la consolidación de la información y análisis de los datos generados, los clínicos sean del hospital o de los consultorios ambulatorios, serán responsables de la detección y atención de pacientes y el personal de laboratorio, responsable de la toma de las muestras, almacenaje y envío al laboratorio regional o nacional de referencia.

Unidades centinelas en Honduras:

Tegucigalpa:

- .- Centro de salud Alonso Suazo: ETI
- .- Instituto Nacional del Tórax: IRAG
- .- Hospital Militar: IRAG

San Pedro Sula:

- .- Centro de Salud Miguel Paz Barahona: ETI
- .- Hospital Mario Catarino Rivas: IRAG
- .- Hospital IHSS:
 - .- Consulta externa: ETI
 - .- Internamiento: IRAG

Se obtendrán 7 muestras de ETI semanalmente en los establecimientos de atención ambulatoria y 5 de IRAG, mortalidad e ingresos en UCI por IRAG en cada uno de los establecimientos hospitalarios.

Actividades según niveles de responsabilidad en los establecimientos centinelas

Jefatura del servicio de salud:

- Organización y supervisión del sitio centinela
- Apoyo logístico para la operación
- Evaluación del desempeño del personal asignado

Epidemiología local:

- Análisis y elaboración de grafica de comportamiento epidemiológico de las ETI, IRAG semanal, mensual y anual.
- Recopilación de resultados de laboratorio Nacional y /o Regional: procesar, analizar y notificar los datos al nivel local.
- Elaborar informes semanales/mensuales para el nivel regional y nacional

Atención Clínica:

- Detección y atención de pacientes con ETI, IRAG en los servicios de acuerdo a definiciones de caso.
- Llenado de ficha epidemiológica para la vigilancia de las ETI, IRAG
- Toma de muestra a todo paciente con ETI o fallecido e internado por IRAG que cumpla con la definición de caso.
- Toma de la muestra al paciente por personal de laboratorio u otro personal capacitado.
- Notificación de resultados al paciente

Laboratorio:

- Toma, recolección, manejo y envío de muestras de aspirado nasofaríngeas, en condiciones de bioseguridad adecuadas, según lineamientos que define la OMS y contenidos en el protocolo de vigilancia centinela. El coordinador del sitio centinela, el Jefe de Laboratorio y el Administrador sistematizarán el proceso para el envío de muestras al Laboratorio Regional y/o Nacional de Virología.

• **Mecanismos operativos para la vigilancia centinela**

En los consultorios y hospitales centinelas, antes de iniciar la vigilancia, se determinarán el total atenciones ambulatorias y atenciones por ETI según grupo de edad y sexo, así como el total de ingresos hospitalarios e ingresos por IRAG por grupo de edad y sexo, también se deberán determinar las muertes hospitalarias y las ocurridas por IRAG según grupo de edad y sexo, ocurridos en el año anterior y por semanas epidemiológicas, mediante la revisión de registros hospitalarios, de los ATA y telegramas epidemiológicos en los consultorios de atención ambulatoria. Esto ayudará a determinar la carga de atención por estas causas de manera sistemática y proporcionará un cálculo inicial de las ETI e IRAG en estos establecimientos.

Deben considerarse los recursos necesarios para el funcionamiento de los hospitales y los consultorios centinela, incluidas la capacitación, la evaluación y la supervisión necesarias. El personal de salud debe estar capacitado en el uso de las definiciones de caso y los formularios para la obtención de datos, el flujo de información, la obtención y el transporte de muestras. Se

obtendrán 7 muestras de ETI semanalmente y 5 de IRAG en cada uno de los establecimientos centinela según sea de atención ambulatoria u hospitalaria, así como las defunciones e ingresos en UCI por IRAG.

- **Sistema de registro de información**

- a.- Sistema de registro para la Vigilancia de la ETI en los pacientes ambulatorios**

En el registro diario de Atenciones Ambulatorias (ATA) se registrarán la edad y sexo del paciente y en la ficha epidemiológica se registrarán los datos epidemiológicos y clínicos adicionales de casos de ETI seleccionados en base a definición de caso, para realizar pruebas de laboratorio. (Muestras de hisopados o aspiración nasofaríngea)

- b.- Sistema de registro para la Vigilancia de la IRAG en los pacientes hospitalizados**

En el registro de atenciones de sala, se registrarán la edad y sexo del paciente y en la ficha epidemiológica, se registrarán los datos epidemiológicos y clínicos adicionales de los casos de ingresados por IRAG seleccionados, fallecimientos y ingresados en UCI por IRAG, para realizar pruebas de laboratorio. (Muestras de hisopados o aspiración nasofaríngea)

Los formularios de recolección de datos son: la ficha de epidemiológica para la vigilancia de las ETI e IRAG, para recopilar los datos clínicos y epidemiológicos de casos de ETI y de IRAG sistemáticamente elegidos para estudio de laboratorio de muestras respiratorias. Los datos deben ser registrados por los prestadores de atención que atiendan a los pacientes. Para el registro de las atenciones ambulatorias y las atenciones por ETI por grupo de edad y sexo se utilizará el formulario Flu-1, para el registro de los ingresos hospitalarios y los ingresos por IRAG según grupo de edad y sexo se utilizará el formulario Flu-2, para el registro de la mortalidad hospitalaria y por IRAG según grupo de edad y sexo se utilizará el formulario Flu-3.

- **Mecanismo de selección de los pacientes para toma de muestra**

Se recomienda que la selección de los pacientes para toma de muestra se realice el mismo día de captación del caso, el establecimiento definirá los días para captación y toma de muestra. Se debe establecer mecanismos de control para no repetir la toma de muestra en un mismo paciente. Se sugiere que los días seleccionados para toma de muestra sean de lunes a jueves con la finalidad de garantizar el manejo adecuado, conservación y envío oportuno de las muestras al laboratorio.

- **Criterios de obtención de muestras**

Para la detección de los virus respiratorios mediante la prueba de inmunofluorescencia (IF) deben cumplirse los siguientes criterios:

- Paciente que cumpla la definición de caso clínico de ETI e IRAG y
- Paciente que se elige sistemáticamente para la realización de la prueba y
- Toma de la muestra en las primeras 72 horas de iniciado los síntomas para ETI, lo cual mejorará la exactitud de la IF y en el caso de IRAG al momento de su ingreso.

La frecuencia de falsos negativos en las pruebas de IF aumentará a medida que disminuya la eliminación de virus.

Si se seleccionara un caso para obtención sistemática de muestras, pero este no cumpliera los criterios de obtención de muestras, o el paciente se negara a ello o no se obtuvieran muestras del paciente por alguna otra razón, se deberá estudiar al siguiente paciente que presente IRAG o ETI.

- **Mecanismo para la obtención, manejo, conservación y envío de muestras**

En los casos de ETI e IRAG se hará hisopado nasofaríngeo, y se recomienda aspirado nasofaríngeo en pacientes entubados o muy pequeños. Las muestras más apropiadas según lo recomendado por las investigaciones de la influenza estacional son aquellas del tracto respiratorio superior. Las muestras deben tomarse de los orificios nasales profundos (hisopo nasal), nasofaringe (hisopo nasofaríngeo), aspirado nasofaríngeo, o aspirado bronquial.

La(s) persona(s) que tome(n) la muestra debe(n) cumplir con las medidas de bioseguridad recomendadas por la OMS.

Las muestras deben mantenerse refrigeradas (4 °C) en los medios de transporte (MTV) preparados por el laboratorio Nacional de Virología y se enviarán a más tardar en 48 horas.

- **Análisis de datos**

A nivel nacional, el responsable de la construcción de los indicadores epidemiológicos y los insumos necesarios para el análisis del comportamiento de las ETI y de las IRAG es el Coordinador Nacional de Influenza en la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS).- El ejercicio analítico será coordinado por dicha persona y se llevará a cabo semanalmente con la participación de otros actores relacionados con el tema incluyendo la Dirección General de Redes de Servicios, el Departamento de atención de la Familia, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y otros que se consideren necesarios, en este nivel se contará como insumo para el análisis los informes semanales enviados por las regiones sanitarias.- El análisis de las intervenciones de prevención y control será un componente fundamental del ejercicio, las conclusiones y recomendaciones serán incorporadas al Boletfn semanal epidemiológico.

El Laboratorio Nacional de Virología una vez procesada la muestra, el resultado se reportará en la ficha epidemiológica de vigilancia de las ETI e IRAG y se incorporará a la base de datos de registro de influenza, los datos virológicos encontrados serán enviados al establecimiento centinela y a la

DGVS, quienes elaboraran un informe sobre la distribución de los casos según las variables clásicas (tiempo, lugar y persona).

En el nivel intermedio regional el ente responsable de la preparación y conducción del ejercicio analítico será el Departamento de Vigilancia de la Salud Regional, con la participación de aquellos actores institucionales y extra institucionales relacionados con las actividades de vigilancia, ETI, IRAG, en la región.

- **Elaboración de indicadores y análisis de los datos generada por las unidades centinela por semana epidemiológica/mes:**

Parámetros a utilizar:

- Proporción de casos de ETI e IRAG/atenciones ambulatorias e ingresos totales por categoría de edad y sexo.
- Proporción de casos de ETI e IRAG con resultados positivos en el análisis de virus de la influenza y de otros virus respiratorios/número total de casos analizados.
- Proporción de defunciones por IRAG/número total de hospitalizaciones por IRAG.

Basándose en la información de cinco años de vigilancia calcular los valores umbrales semanales. También puede realizarse la comparación con años anteriores obteniéndose promedios, mediana y media, etc. Esto permitirá determinar el carácter estacional de la influenza.

El análisis de datos deberá realizarse en tres niveles, local de cada servicio centinela y consistirá en la agrupación de los datos en las variables básicas (tiempo, lugar y persona), a nivel regional consistirá en la agrupación de todos los datos del o los establecimientos centinela correspondientes, siguiendo los mismos parámetros que se han descrito para el análisis de datos a nivel local.

En el análisis de datos a nivel nacional se usarán los mismos parámetros que en el nivel local, incluyendo la consolidación de todos los datos obtenidos de las unidades centinela y la comparación a niveles regional y local. Se evaluará la carga de morbilidad en el sistema de atención de salud nacional y se caracterizará la tasa de enfermedad en el país.

7.2.5.- Vigilancia Nacional (Intensificada):

La vigilancia Nacional (intensificada) es una modalidad de vigilancia universal que se realiza en todos los servicios de salud (públicos y privados), que facilita la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y tiene como objetivo:

- Detectar y confirmar casos inusitados, imprevistos y conglomerados en grupos de riesgo de infección por el virus de Influenza.
- Establecer de manera oportuna las medidas de respuesta de acuerdo al comportamiento y a la diseminación nacional de la infección por el virus de Influenza y estimar el impacto de la pandemia sobre los servicios de salud.
- Valoración inicial de la gravedad de la enfermedad.

La vigilancia intensificada consiste en la pesquisa activa de casos sospechosos de Influenza a través de la captación en puntos de entrada, identificación de casos en la comunidad, personas que asisten espontáneamente a los servicios de salud, los casos graves hospitalizados, la resultante de la investigación de brotes ó conglomerados de infecciones respiratorias agudas y de cualquier otro mecanismo que nos permita detectar los casos.

Definiciones operativas:

- Caso Inusitado:

Un evento causado por un agente desconocido, o bien la fuente, el vehículo o la vía de transmisión son inusitados o desconocidos, con evolución más grave de lo previsto o presenta síntomas o signos no habituales y la manifestación del evento mismo resulta inusual para la zona, la estación o la población

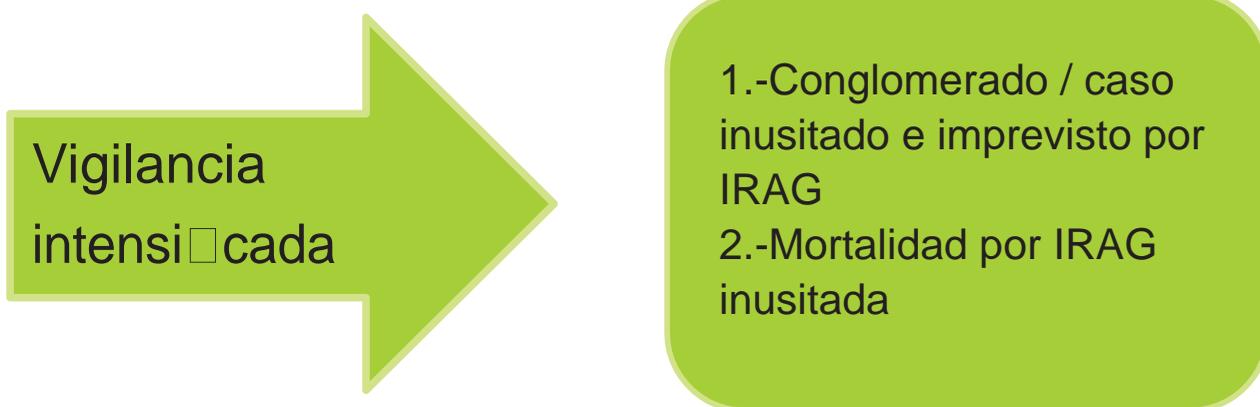
- Caso Imprevisto:

Un evento causado por una enfermedad o un agente ya eliminado ó erradicado ó no notificado anteriormente.

- Conglomerado:

Dos o más personas que presentan manifestaciones de infección respiratoria aguda no explicada con $>38^{\circ}\text{C}$ de fiebre o que murieron de una infección respiratoria no explicada detectada dentro de un periodo de 14 días desde el inicio de los síntomas en la misma área geográfica y/o vinculación epidemiológica.

Mecanismos para la vigilancia intensificada:



Vigilancia del exceso de la morbilidad y mortalidad por IRAG

Los establecimientos de salud deben contar con la información del número de casos hospitalizados por IRAG, por semana epidemiológica, por grupos de edad y sexo, que les permita la construcción de canales endémicos para establecer el umbral epidémico, lo cual permite observar si el número de casos existentes es superior o no al número de casos que se está evaluando. Se debe analizar el comportamiento de la mortalidad por IRAG por semana, mes, año, procedencia y otras variables disponibles a partir del registro de enfermedades hospitalarias, así mismo analizar la circulación de virus respiratorios en el país a partir de los datos de vigilancia centinela de las Enfermedades Tipo Influenza (ETI), y de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG).

Investigación de conglomerados de defunciones de animales

La ocurrencia de enfermedades y muertes en aves y otros animales domésticos debe ser investigados en coordinación con las autoridades de la Secretaría de Agricultura y Ganadería (SAG) tanto a nivel nacional como sub Nacional, en aquellas regiones donde la SAG tiene representación.- Debe realizarse búsqueda activa de casos de infecciones respiratorias agudas entre el personal expuesto a los animales enfermos ó muertos siguiendo los procedimientos establecidos en ambas dependencias.- La notificación debe realizarse en forma inmediata a las autoridades de Salud y autoridades de la SAG y de aquí a la OPS o la Organización Internacional de enfermedades (OIE) si corresponde.

Investigación de Rumores

Las investigaciones de información no oficial de conglomerados, brotes, defunciones por IRAG procedente de medios de comunicación público, otros grupos profesionales, personal de laboratorio o a través de una red de informantes claves organizada en la comunidad, han demostrado ser de gran utilidad para la oportuna aplicación de medidas de prevención y control.

Vigilancia del excesivo ausentismo en las escuelas y en los lugares de trabajo

Las inasistencias en todas las instituciones del sector educativo y lugares de trabajo tanto público como privado ya sea en alumno, docentes u otro personal deben ser investigados en forma exhaustiva. Si la causa de la inasistencia es una infección Respiratoria Aguda (IRA), deben tomarse todas las medidas de bioseguridad y de control de infección, así como establecerse el distanciamiento social que se considere pertinente, de igual manera debe procederse en los sitios de trabajo.

Monitorear enfermedad febril ETI/IRAG en personal de Salud.

Mecanismos operativos para la vigilancia nacional (intensificada)

La búsqueda activa de los casos sospechosos por Virus de *Influenza A* se llevará a cabo en los diferentes niveles:

- Captación en puntos de entrada
- Captación por demanda espontanea en servicios de salud (todos los niveles públicos y privados)
- Vigilancia encaminada a identificar posibles conglomerados con ETI e IRAG

Captación en puntos de entrada (fronteras: aéreas, Marítimas, terrestres):

- Se mantiene la vigilancia a todo viajero que ingresa al país por cualquier punto de entrada: aeropuertos, puertos marítimos y terrestres.
- Cada persona deberá llenar el formato o declaración del viajero y recibirá la hoja informativa con los teléfonos (24h/7d) de cada región y la DGVS.
- Si se identifican casos sospechosos y su sintomatología corresponde a ETI pasarán al establecimiento local de referencia para su evaluación y ser manejado de acuerdo al algoritmo definido para este nivel.
- Si los pasajeros son identificados con IRAG serán trasladados directamente al hospital regional de referencia cumpliendo con los criterios de bioseguridad donde permanecerá aislado y manejado de acuerdo al algoritmo definido.

Captación de casos sospechosos por demanda espontanea en servicios de salud (todos los niveles públicos y privados):

- Demanda espontanea de atención a los servicios de salud públicos o privados
- Llamadas a través del número de teléfono (24 horas/7 días a la semana) disponible para la población

Vigilancia encaminada a identificar posibles conglomerados con ETI e IRAG:

Captación de casos de IRAG en los hospitales públicos y privados con énfasis en cuadros atípicos e inusuales por ejemplo:

- Adultos jóvenes
- Personas previamente sanas
- Casos refractarios a tratamiento
- Defunciones asociadas a IRAG

Otras acciones de vigilancia sugeridas:

- Captación de llamadas a través del número de teléfono (24 horas/7 días a la semana) disponible para la población
- Vigilancia encaminada a identificar posibles conglomerados con ETI e IRAG ejemplo:
 - Ausentismo escolar (encuesta/entrevista)
 - Ausentismo laboral en unidades de Salud (encuesta/entrevista)
 - Ausentismo laboral en maquilas (encuesta/entrevista)
 - Encuestas en prisiones (visitas/entrevista)
 - Encuestas en líneas aéreas

El análisis permanente de la morbilidad y la mortalidad, es la actividad fundamental de la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas

Cada región sanitaria departamental organizará un equipo de alerta-respuesta, quien coordinará y/o conducirá las investigaciones de la vigilancia nacional (intensificada) de los casos sospechosos, según la estructura organizativa regional y disponibilidad de recursos.

Adicionalmente se realizarán otras actividades como ser: establecer red de informantes claves para la detección temprana de casos o conglomerados de enfermedad respiratoria aguda atípica o inexplicada, orientada a la detección del surgimiento de nuevas cepas de Influenza o variaciones genéticas de las ya existentes con potencial pandémico.

Definiciones de caso para la vigilancia de influenza de casos inusitados:

Se basan en los conceptos propuestos por la OPS/CDC a través del protocolo genérico para vigilancia de la influenza y que está en proceso de adopción por el país. Incluye terminología estandarizada para infecciones respiratorias de manejo ambulatorio (enfermedades tipo influenza, ETI) y para las infecciones respiratorias que requieren hospitalización (infecciones respiratorias agudas graves, IRAG).

Las definiciones de caso para la vigilancia intensificada son las mismas que para las unidades centinela.

Caso sospechoso

Enfermedad respiratoria febril aguda (fiebre > 38° C) con espectro clínico desde enfermedad tipo influenza (ETI) hasta Infecciones Respiratorias agudas Graves (IRAG), con nexos epidemiológico.

Las ETI se caracterizan por:

- Aparición súbita de fiebre superior a 38° C
- Tos o dolor de garganta y
- Ausencia de otras causas

Las **IRAG en los individuos ≥ 5 años** se caracterizan por:

- Aparición súbita de fiebre superior a 38 °C
- tos o dolor de garganta
- disnea o dificultad para respirar
- necesidad de internamiento en el hospital.

En los niños menores de 5 años se ha adaptado del programa de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI):

“Cualquier niño menor de 5 años en el que se sospeche clínicamente la presencia de neumonía o neumonía grave o muy grave, **y** requiera de internamiento en el hospital.”

Criterio AIEPI de neumonía en menores de 5 años

Todo niño sospechoso de neumonía presenta: → Fiebre (temperatura >38 C) más, → Tos o dificultad respiratoria.
Se considera dificultad respiratoria : → Antes de los 2 meses de edad: más de 60 respiraciones por minuto; → 2 a 11 meses de edad: más de 50 respiraciones por minuto; → 12 meses a 5 años: más de 40 respiraciones por minuto
Todo niño con neumonía grave presenta: → Fiebre (temperatura >38 C) más, → Tos o dificultad respiratoria más, → tiraje torácico o estridor cuando está tranquilo o → cualquiera de los siguientes signos generales de peligro (enfermedad grave).

EN AUSENCIA DE FIEBRE SE EXCLUYE EL DIAGNOSTICO

Nexo epidemiológico

Que en los 10 días previos a la aparición de síntomas haya tenido:

- Antecedente de viajes a alguno de los países donde se ha notificado transmisión humana de virus *Influenza* no detectado en el país
- Contacto con una persona que ha viajado a alguno de estos países y que haya presentado síntomas ó
- Contacto con un caso probable o confirmado por el virus ***pandemico***.
- Residir en un lugar donde hayan casos probables o confirmados.

b. Caso Probable

Individuo con prueba positiva para Influenza A, pero no sub-tipificable mediante los reactivos utilizados para detectar la infección por el virus de gripe estacional o

Individuo con una enfermedad clínicamente compatible ó que falleció de una enfermedad respiratoria aguda no explicada y que se considera que tiene un nexo epidemiológico con un caso probable o confirmado de por Influenza A.

c. Caso Confirmado

Todo caso sospechoso o probable confirmado por una prueba de laboratorio que identifique Influenza A, por una o más de las siguientes pruebas de laboratorio:

- rRT-PCR en tiempo real
- Cultivo viral
- Aumento por cuatro en el tftulo de anticuerpos neutralizantes específicos frente al virus de la Influenza A

d. Contactocercano/estrecho

Contacto cercano: haber cuidado, vivido con, o tenido contacto directo a menos de 2 metros con secreciones respiratorias o fluidos corporales de un caso sospechoso o confirmado de Influenza.

Obtención y flujo de los datos de la vigilancia intensificada

Para la recolección de datos se usarán los siguientes formularios: Ficha epidemiológica para la vigilancia de las ETI e IRAG, para recopilar los datos clínicos y epidemiológicos de casos sistemáticamente elegidos para estudio de laboratorio de muestras respiratorias. Flu1-07 y Flu2-

07, Flu3-07 se registraran los datos de las consultas e, ingresos en sala, UCI y fallecimientos, deben ser registrados por los prestadores de atención que atiendan a los pacientes. Se registrarán la edad, sexo y la semana epidemiológica.

Mecanismo de notificación de casos sospechosos

La notificación de los casos sospechosos es obligatoria e inmediata al epidemiólogo regional, **quien por el medio más expedito** (vía fax, telefónica, o internet) debe reportar al Centro Nacional de Enlace en la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) y enviar la ficha epidemiológica correspondiente (ficha de epidemiológica para la vigilancia de ETI/IRAG) para la investigación de caso sospechoso de influenza, junto con la respectiva muestra al Laboratorio Nacional de Virología.

En los hospitales públicos y privados se ha implementado la notificación diaria de IRAG (neumonías, bronconeumonías, bronquitis y bronquiolitis) a través del formato de notificación diaria de neumonías en hospitales públicos y, el cual se debe hacer llegar a la DGVS.

Es obligación de las clínicas y hospitales privados la notificación de casos sospechosos tal como dicta este documento.

La notificación del nivel central al nivel regional sobre los resultados obtenidos Se realizará a través de:

- Comunicación diaria a través de sesiones illuminate.
- Correo electrónico
- Edición y difusión del boletín diario de influenza.
- Otros que se consideren pertinentes.

Análisis de vigilancia de las ETI/IRAG por semana epidemiológica/mes:

Parámetros a utilizar:

Reporte de salida No.- 1: Reporte diario de casos de resultado de laboratorio: este reporte proporcionará información sobre la totalidad de los casos de ETI / IRAG que han sido confirmados por laboratorio y que son objeto de vigilancia por Región Sanitaria Departamental, Municipio y localidad donde se consignará nombre, edad, resultado de muestra y tipo de virus, cepa identificada, los que serán ingresados según fecha de toma de muestra.

Reporte de salida No.- 2: Casos de Influenza según Región Sanitaria Departamental: Proporcionara información de los casos de Influenza, según región sanitaria en función de números de casos

confirmados y distribución porcentual de los mismos.

Reporte de salida No.- 3: Número de casos de Influenza según departamento y municipio y su respectiva distribución porcentual.

Reporte de salida No.- 4: Distribución de casos confirmados de Influenza según grupos de edad: Este reporte nos proporcionara información sobre la totalidad de los casos confirmados de Influenza de acuerdo a una distribución porcentual por grupos quinquenales de edad hasta la edad de 60 y más años.

Reporte de salida No.-5 Distribución de casos de Influenza según fecha de inicio de síntomas: este reporte proporcionara información de cómo se distribuyen los casos a través del tiempo, por semana epidemiológica, por meses del año, etc.

Reporte de salida No.- 6: Distribución porcentual de casos según signos y síntomas.

El análisis de datos a nivel local, municipal y regional consistirá en la agrupación de todos los datos del o los servicios de salud públicos, privados, así como de las otras actividades de la vigilancia nacional (intensificada), siguiendo los mismos parámetros que se han descrito para el análisis de datos en los reportes de salida.

En el análisis de datos a nivel nacional se usarán los mismos parámetros que en el nivel local, incluyendo la consolidación de todos los datos obtenidos y la comparación a niveles regional y local. Se evaluará la carga de morbilidad por IRAG, la mortalidad en el sistema de atención de salud nacional y se caracterizará la tasa de enfermedad y muerte en el país.

7.2.6 .- Comunicación para el cumplimiento del RSI:

El Artículo 63 del RSI (2005) requiere que un Estado Parte notifique a la OMS la primera aparición del virus pandémico Influenza detectado en su país.

Después de esta notificación inicial, el RSI (2005) requiere que el país continúe comunicando a la OMS en forma oportuna, precisa y suficientemente detallada la información de salud pública sobre el episodio notificado. La OMS continuará comunicándose directamente con el Centro Nacional de Enlace (CNE) del RSI para solicitar información específica para la evaluación y el manejo de riesgos.

Esta información debe incluir definiciones de caso, resultados de laboratorio, fuente y tipo de riesgo, número de casos y muertes, condiciones que afectan la propagación de la enfermedad y las medidas sanitarias empleadas.

Ante la primera aparición del virus: detección e investigación tempranas

La primera infección confirmada del virus pandémico de Influenza detectada en el país será inmediatamente notificada por el Centro Nacional de Enlace del RSI al Punto de Contacto del RSI en la Oficina Regional de la OMS que corresponda, así como al Representante de País de la OMS, si fuera el caso. La OMS seguirá los procesos establecidos para comunicaciones internas sobre dichas notificaciones.

En cualquier etapa de la pandemia

El Centro Nacional de Enlace del RSI o las autoridades nacionales de salud pública continuarán notificando a la OMS inmediatamente sobre:

- Todo cambio en la presentación epidemiológica, virológica o clínica que pueda ser de importancia para la evaluación de riesgos mundial.
- Todo evento de salud pública inusual o inesperado, incluyendo conglomerados de enfermedad respiratoria aguda grave sin causa conocida o muertes debidas a enfermedad respiratoria sin causa conocida.
- Datos sobre mortalidad: la cantidad de muertes por enfermedad respiratoria aguda grave (por grupo etario).

Posteriormente a la detección del virus pandémico: descripción de la epidemiología y evaluación de los primeros casos una vez detectado el virus pandémico Influenza, es importante:

- Describir las características epidemiológicas y virológicas de los casos para orientar las actividades de control y prevención según sea necesario evaluando la gravedad de la enfermedad.
- Después de la evaluación inicial de los primeros casos, el análisis de laboratorio de una muestra de casos sospechosos del virus pandémico de Influenza es suficiente para la vigilancia virológica continuada. Por lo tanto, las muestras de laboratorio deben dirigirse a:
 - Confirmar la infección en áreas nuevas
 - Analizar casos severos
 - Supervisar la co-circulación del virus pandémico y otros virus respiratorios en países con capacidad de laboratorio para realizar investigaciones virológicas más detalladas.

Requisitos de notificación

Diseminación inicial del virus: recuento de casos agregados y epidemiología descriptiva de los primeros casos

Después del reporte del (o los) primer(os) caso(s) de infección por el virus pandémico Influenza, el Centro Nacional de Enlace del RSI o las autoridades nacionales de salud pública brindaran semanalmente a la OMS la siguiente información:

1. La cantidad de casos confirmados y muertes ocurridas entre los casos confirmados.
2. La distribución etaria de los casos confirmados y de las muertes.

En el Apartado 1 se pueden encontrar las definiciones de caso con fines de notificación de casos confirmados de infección por virus pandémico de Influenza.

Se contactará a la oficina regional de la OMS que corresponda para organizar la notificación. Se ha desarrollado un formulario resumen para facilitar la notificación de esta información a la OMS (Apartado 2). La OMS utilizará la información de acuerdo con el Artículo 11 del RSI (2005) según lo requieran las circunstancias de la pandemia.

Además de la información solicitada anteriormente, se insta a todos los Estados Miembros a compartir con la OMS toda información adicional relevante para la evaluación mundial permanente de riesgos. Esto incluye, particularmente, información sobre el espectro clínico de la enfermedad, la proporción de casos con enfermedad grave y los grupos con mayor riesgo de presentar consecuencias graves. Para información detallada en base a casos, se ha desarrollado un formulario para facilitar la recopilación de estos datos (Apartado 3).

Apartado 1

Definición de caso para la notificación de infecciones por el virus de Influenza pandémico en humanos.

La siguiente definición de caso debe utilizarse para notificar a la OMS los **casos confirmados** de infección por el virus de pandémico la Influenza

Un individuo con infección confirmada por laboratorio del virus pandémico de la Influenza según uno o más de los siguientes análisis:

- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR);
- Cultivo viral;
- Un aumento de cuatro veces del título de los anticuerpos neutralizantes específicos para el virus pandémico de la Influenza.

Apartado 2

Formulario resumido para la notificación semanal (versión 2.0)

Por favor cumplimente este formulario semanalmente, con datos agregados del país (nivel nacional).

Los campos marcados con * son obligatorios.

Los casos confirmados notificados a la OMS deben ser atribuidos al país, territorio o área en los cuales se les identificó.

Semana* que finaliza el día (año/mes/día)

País *

Casos

Número de casos nuevos y muertes en la semana de notificación:

Número de casos confirmados por laboratorio

Nuevas muertes en casos confirmados por laboratorio

Numero acumulado de casos y muertes desde la primera notificación:

Casos confirmados por laboratorio acumulados

Muerte de casos confirmados por laboratorio acumuladas

Si hay datos disponibles, por favor indicar el número de casos confirmados por laboratorio acumulados por grupo etario*

Infantes

Niños

Adultos

Ancianos

Se desconoce

*Para la región de las Américas se sugiere utilizar los siguientes rangos de edad: 0 - 4 años; 5 - 14 años; 15 - 44 años; 45 - 64 años; > 65 años. Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud aceptará que cada país de la región defina y utilice los grupos de edad que sean más convenientes y adecuados a sus sistemas de información

Comentarios:

Información del notificante:

Nombre del notificante

Nombre de la institución

Número de teléfono

Email

Fecha de envió del formulario (año/mes/ día)

Apartado 3

Formulario abreviado de la OMS de casos de Influenza pandémico para la recopilación de datos

clínicos de casos confirmados por laboratorio (adaptado a ficha de vigilancia Honduras)

Este formulario se puede utilizar para recopilar información sobre una persona que constituye un caso confirmado por laboratorio de infecciones por el virus pandémico de la Influenza y posibilitar la determinación de la gravedad y las características clínicas de la enfermedad.

Todos los datos presentados en este formulario recibirán un trato confidencial de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Este formulario es una versión actualizada del formulario Abreviado de Casos de la “nueva” Influenza pandémica de la OMS.

Ficha epidemiológica de infecciones tipo influenza (E) Infecciones respiratorias agudas graves (IRAG)

SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS

1.- DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASO:

Enfermedad tipo influenza (ETI): Paciente de cualquier edad con cuadro clínico de aparición súbita de fiebre superior a 38°C y tos o dolor de garganta, con ausencia de otros diagnósticos.

Infección respiratoria aguda grave (IRAG) mayores de 5 años : Paciente \geq de 5 años con cuadro clínico de aparición súbita de fiebre superior a 38°C y tos o dolor de garganta y disnea (dificultad para respirar) y que requiera manejo intrahospitalario.

Infección respiratoria aguda grave (IRAG) menores de 5 años : Paciente < 5 años de edad en quien se sospeche clínicamente la presencia de neumonía grave o muy grave y que requiera manejo intrahospitalario.

2.- INFORMACIÓN UNIDAD NOTIFICADORA

Establecimiento centinela: Si: No:
 CESAR: CESAMO: CMI: CLIPER: Hospital: Clínica/ hospital privado: IHSS:
 Nombre del establecimiento: _____ Departamento: _____ Municipio: _____
 Región Sanitaria: _____ Nombre de la persona que llena la ficha: _____

3.- INFORMACIÓN DEL PACIENTE

3.1.- Datos generales:

Nombres: _____ Apellidos: _____ Sexo: Femenino: Masculino:
 Nacionalidad: _____ No de Identidad o pasaporte: _____/_____/_____
 Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Edad en años cumplidos: (00 – 110) : _____
 Nombre del jefe de familia (si es menor de 18 años): _____
 Ocupación: _____ Lugar de trabajo/ Estudio: _____

3.2.- Dirección del paciente:

Departamento: _____ Municipio: _____ Aldea: _____ Caserío/Comunidad: _____
 Barrio/Colonia: _____ Calle: _____ Avenida: _____ No. De casa: _____
 Otras referencias del domicilio: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

4.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

4.1.- Antecedentes de exposición:

Viaje zona de riesgo 7 días previos: Si: No: Lugar de viaje: _____
 Fecha de salida de viaje: _____/_____/_____ Fecha de regreso: _____/_____/_____
 Transporte utilizado para el viaje: Aéreo: Marítimo: Terrestre:
 Nombre de la empresa o del transporte utilizado: _____

4.2.- Datos clínicos:

Fecha de inicio de síntomas: _____/_____/_____ Fecha de consulta: _____/_____/_____
 Fecha de hospitalización: _____/_____/_____ No. De expediente: _____

4.3.- Características clínicas:

No	Signos y síntomas	Si	No	No	Signos y síntomas	Si	No
1	Fiebre súbita			8	Vomito		
2	Tos			9	Adenopatfas		
3	Rinorrea			10	Disnea		
4	Cefalea			11	Cianosis		
5	Astenia			12	Tiraje		
6	Disfagia			13	Otros:		
7	Mialgias						

El paciente tiene: ETI: DRAG:

Antecedente vacunación:

	Si	No	No recuerda	Fecha de aplicación
➤ Influenza (gripe):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1er dosis ___/___/___ 2da dosis ___/___/___
➤ Pentavalente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1er dosis ___/___/___ 2da dosis ___/___/___ 3era dosis ___/___/___
➤ Neumococo conjugado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1er dosis ___/___/___ 2da dosis ___/___/___ 3era dosis ___/___/___
➤ Neumococo polisacarido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dosis única ___/___/___

4.4.- Condiciones preexistentes:

No	Condición	Si	No
1	Embarazo: Edad gestacional en semanas:		
2	Cardiopatías		
3	Enfermedad pulmonar crónica		
4	Diabetes		
5	Cáncer		
6	Inmunosupresión		
7	Alcoholismo crónico		
8	Obesidad		
9	Otras especifique:		

4.5.- Manejo de la enfermedad:

Manejo: Ambulatorio: Si: Hospitalario: Si: Hospitalizado
 en: Observación: Sala: UCI:
 Tratamiento con antivirales: Si: No:
 Nombre de antiviral utilizado: _____ Días de tratamiento: _____

4.6.- Condición de egreso: Fallecido: Si No

5.- INFORMACIÓN DEL LABORATORIO: (USO EXCLUSIVO DE LABORATORIO)

5.1.- Datos generales de la muestra

Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Muestra post mortem: Si: No:
 Tipo de muestra: Hisopado Nasal y faríngeo: Aspirado nasofaríngeo: Otro: _____
 Fecha de recibo de muestra en laboratorio nacional de virología: ____/____/____
 Fecha de recibo de muestra en laboratorio regional: ____/____/____
 Muestra procesada: Si: No:

Razón de no procesamiento:

Rechazo: Inadecuada calidad muestra: Toma tardía de muestra: Otras: _____
 Disponibilidad de recursos: Capacidad de laboratorio excedida: Falta de reactivo Otras: _____

5.2.- Técnica de procesamiento:

5.2.1.- IF: Si: No:

Fecha de resultado: ____/____/____
 Resultado: Positivo: Negativo: Muestra insuficiente:
 Tipo de virus identificado: Influenza A: Influenza B: Adenovirus: VSR:
 Parainfluenza: 1: 2: 3:

5.2.2 - rRT-PCR: Si: No:

Fecha de resultado: ____/____/____
 Resultado: Positivo: Negativo: Muestra Insuficiente:
 Tipo de virus identificado: Influenza A: Influenza B:
 Subtipo: A (H1): A (H3): A (H5): A (H1N1)pdm09:
 A no subtipificable: Otros virus: _____

5.2.3.- Cultivo Viral: Si: No:

Fecha de resultado: ____/____/____ Resultado: Positivo: Negativo:
 Cepa viral identificada: _____

5.2.3.- Control de calidad: Fecha: ____/____/____ Concordancia

Datos Viroológicos Necesarios

	Acumulado (Precisar Periodo, por ej. Semana 1-28)	Ultima Semana Epidemiológica Disponible (Precisar Periodo, ej. Semana 28) por
Porcentaje de positividad de virus respiratorios entre todas las muestras procesadas		
Porcentaje de positividad de influenza pandémica entre todas las muestras procesadas		
Porcentaje de positividad de influenza pandémica (H1N1) 2009 entre todas las influencias		
Porcentaje de positividad de influenza pandémica (H1N1) 2009 entre las influencias tipo A		

• Descripción de las Variables

Porcentaje de positividad de virus respiratorios entre todas las muestras procesadas = $\frac{\text{Número de muestras positivas para todos los virus respiratorios en el periodo precisado (influenza, VRS, adenovirus, etc.)}}{\text{Todas las muestras procesadas en el periodo precisado}} \times 100$

Porcentaje de positividad de influenza entre todas las muestras procesadas = $\frac{\text{Número de muestras positivas para influenza en el periodo precisado}}{\text{Todas las muestras procesadas en el periodo precisado}} \times 100$

Porcentaje de positividad de influenza pandémica (H1N1) 2009 entre todas las influencias = $\frac{\text{Número de muestras positivas para influenza pandémica (H1N1) 2009 en el periodo precisado}}{\text{Todas las muestras positivas por influenza en el periodo precisado}} \times 100$

Porcentaje de positividad de influenza pandémica (H1N1) 2009 entre las influencias **tipo A** = $\frac{\text{Número de muestras positivas para influenza pandémica (H1N1) 2009 en el periodo precisado}}{\text{Todas las Muestras Positivas por influenza tipo A en el periodo precisado}} \times 100$

- **Indicadores cualitativos, que deben ser notificados por todos los Estados Miembros**

Dispersión geográfica

La dispersión geográfica se refiere al número y la distribución de los sitios que notifican actividad de la influenza.

Sin actividad: no hay caso(s) de influenza confirmado(s) por laboratorio, ni evidencias de actividad mayor o inusual de enfermedad respiratoria.

Localizada: limitada a una sola unidad administrativa del país (o sitio notificador).

Regional: aparición en múltiples unidades administrativas del país (o sitios notificantes) pero <50%.

Extendida: ocurre en \geq 50% de las unidades administrativas del país (o sitios notificantes).

Sin información disponible: no hay información disponible correspondiente al período de la semana anterior.

Tendencia

La tendencia se refiere a los cambios en el nivel de actividad de la enfermedad respiratoria en comparación con la semana anterior.

Creciente: evidencia de que el nivel de actividad de la enfermedad respiratoria está aumentando en comparación con la semana epidemiológica anterior.

Sin cambio: evidencia de que el nivel de actividad de la enfermedad respiratoria no se modificó en comparación con la semana anterior.

Decreciente: evidencia de que el nivel de actividad de la enfermedad respiratoria está disminuyendo en comparación con la semana anterior.

Sin información disponible.

Intensidad

El indicador de intensidad es un estimado de la proporción de población con enfermedad respiratoria aguda, que cubre el espectro de enfermedad desde la enfermedad tipo influenza hasta la neumonía.

Baja o moderada: una proporción normal o levemente aumentada de la población está actualmente afectada por enfermedad respiratoria.

Elevada: una gran proporción de la población está siendo actualmente afectada por la enfermedad respiratoria.

Muy elevada: una proporción muy elevada de la población está siendo actualmente afectada por la enfermedad respiratoria.

Sin información disponible.

Impacto

El impacto se refiere al grado de interrupción de los servicios de atención de la salud como consecuencia de la enfermedad respiratoria aguda.

Bajo: la demanda de atención sanitaria no es superior a los niveles normales.

Moderado: la demanda de atención sanitaria está por encima del nivel de demanda usual pero aún por debajo de la capacidad máxima de los servicios de salud.

Alto: la demanda de atención sanitaria excede la capacidad de los servicios de salud.

Sin información disponible.

Apartado 5:

Indicadores cuantitativos, que deben ser notificados por los Estados Miembros con sistemas establecidos de vigilancia de la influenza

Definiciones de caso para vigilancia de ETI e IRAG

Enfermedad tipo influenza (ETI)

Una persona con aparición súbita de fiebre $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$ y tos o dolor de garganta en ausencia de otros diagnósticos.

Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

Cumple con la definición de caso de ETI (aparición súbita de fiebre $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$ y tos o dolor de garganta en ausencia de otros diagnósticos) Y disnea o dificultad para respirar Y que requiere hospitalización.

Sitios centinela de ETI o visitas de pacientes ambulatorios

Número de casos de ETI notificados en la anterior semana epidemiológica, por grupo etario y sexo (si se dispone del dato).

Número total de visitas de pacientes ambulatorios por cualquier causa, o población cubierta.

Número de sitios notificantes.

Sitios de vigilancia centinela de IRAG o centros de internación

Número de casos nuevos de IRAG internados en la anterior semana, por grupo etario y sexo (si se dispone del dato).

Número total de internaciones (en el mismo centro que la cantidad de casos de IRAG notificados), o población cubierta.

Número de muertes relacionadas con IRAG por edad (si se dispone del dato).

Número de sitios centinela que notifican IRAG.

Datos sobre mortalidad

Número de muertes relacionadas con enfermedad respiratoria aguda por grupo etario (si se dispone del dato).

Población cubierta.

7.3 .- MANEJO DE CASOS

Las dinámicas actuales del movimiento de personas y los avances tecnológicos, han aumentado las posibilidades del hombre de llegar rápidamente a lugares remotos. Del mismo modo, ha aumentado también esta posibilidad para los agentes infecciosos como la influenza.

Se encuentra plenamente documentado que el personal de salud constituye un grupo en particular riesgo y que los Establecimientos de Salud pueden fácilmente convertirse en amplificadores de estas infecciones. El manejo adecuado y temprano de casos además de tener el propósito fundamental de recuperar la salud del individuo, juega también un rol importante en el control del brote.

Muchos países como el nuestro tienen una capacidad limitada para aumentar rápidamente sus capacidades hospitalarias (recursos humanos y logísticos) en caso de una demanda repentina y excesiva de casos. Dado lo anterior, el factor “preparación” se convierte en pieza clave de la respuesta.

La preparación de los establecimientos de salud ante caso inusitado o imprevisto o conglomerado de infección respiratoria aguda grave – IRAG, demanda que el personal asistencial de los Establecimientos de Salud esté alerta y se encuentren sensibilizados y preparados para manejar adecuadamente brotes de IRAG de presentación inusitada e imprevista, en cualquier momento que estos se presenten. Sin embargo el espectro clínico de la enfermedad descrito hasta el momento, va desde la afectación leve del tracto respiratorio superior a una neumonía grave, con compromiso respiratorio. Aunque existe la impresión de que la mayoría de los casos son leves y pudieran existir casos asintomáticos, hasta ahora no se dispone de suficiente información que permita identificar las características clínicas que permitan predecir la evolución, y en consecuencia indicar la proporción de los pacientes graves que requieren hospitalización, aunque la experiencia nos dice que la mayoría de los casos ocurren en niños y adultos jóvenes, los síntomas más frecuentes son tos, fiebre, dolor de garganta, malestar, cefalea y las complicaciones pueden ser infecciones bacterianas secundarias, falla renal, y empeoramiento de enfermedades de base.

7.3.1.-Objetivo:

Organizar la respuesta asistencial de las unidades de salud a través de la capacitación, dotación de insumos y suministros al personal de salud para el abordaje adecuado y seguro de casos de ETI de presentación inusitada e imprevista o IRAG.

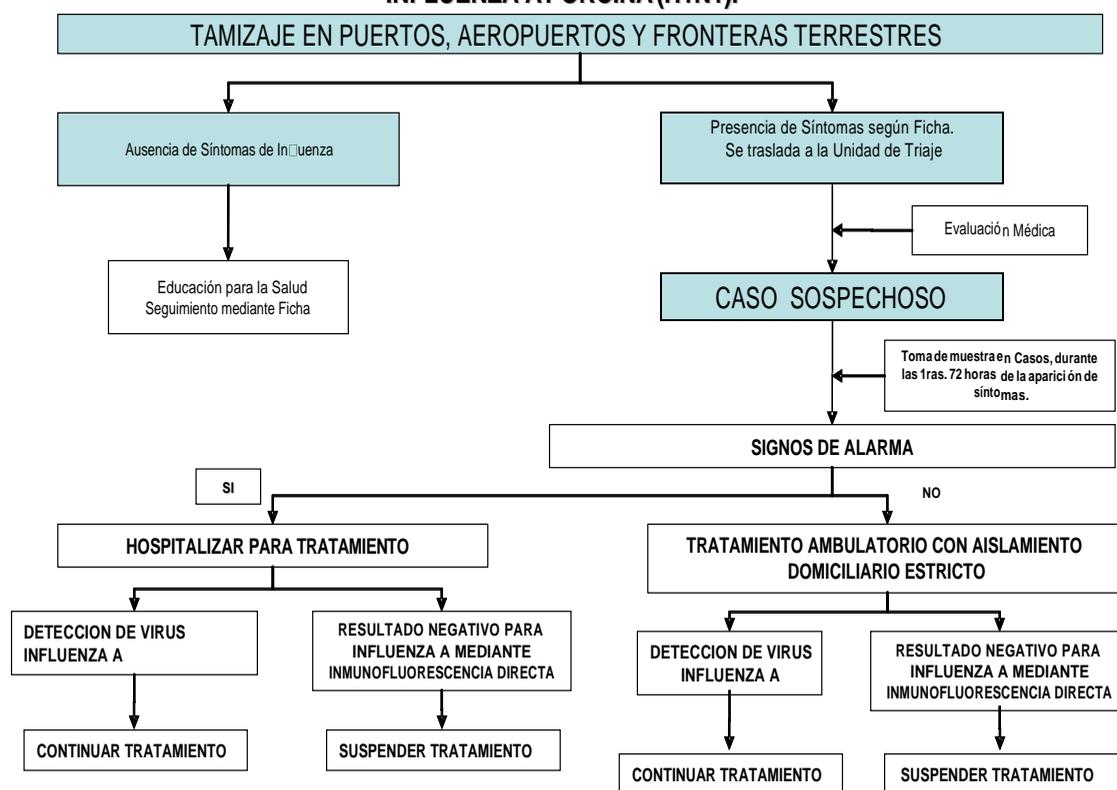
7.3.2.- Flujo de los casos sospechosos según nivel de atención

A continuación se presenta la secuencia del recorrido de un paciente desde su captación o llegada

a un Puerto de entrada hacia un Establecimiento de Salud, de atención ambulatoria u hospital, hasta cuando es dado de alta en recuperación o fallece, identificando las particularidades del abordaje adecuado de un paciente sospechoso de ETI, IRAG inusitada o imprevista:

Algoritmo de atención en puntos de entradas

VIAJEROS Y TRIPULACIÓN PROCEDENTES DE PAISES CON CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA A PORCINA (H1N1).



Todas las personas que viajan con el caso sospechoso captado en la aduana deberán ser objeto de seguimiento estricto por parte de la región de salud en la que residen, por el tiempo que sea necesario. Por lo que es fundamental garantizar el llenado completo de la ficha del viajero especialmente la dirección y el teléfono.

7.3.3.- Triage

El triaje es el primer paso del abordaje. Es un método de clasificación clínico y epidemiológico inicial de pacientes, para identificar las personas con sintomatología respiratoria y establecer la prioridad con la que requieren ser atendidos. Este método es válido para todos los niveles y puede ser

adecuado en cada establecimiento dependiendo de su capacidad estructural y organizativa. Todas las unidades de salud deben implementar el triaje como parte de la organización de sus servicios ante una pandemia.

Objetivos del triaje:

- Identificación oportuna de casos sospechosos para el manejo clínico adecuado.
- Identificación de pacientes de riesgo.
- Reducir el riesgo de transmisión o contagio.
- Determinar tipo y severidad de la enfermedad (diagnóstico diferencial)
- Priorizar la atención y definir o asignarle el destino inmediato del paciente (aislamiento, manejo ambulatorio, otros departamentos o el domicilio).
- Disponer de manera adecuada de pacientes según el nivel de atención requerida, para evitar la sobrecarga innecesaria en los establecimientos de salud y el uso inadecuado de recursos humanos y técnicos.
- Recopilar información que facilite la identificación u localización posterior del paciente.

Sitios de triaje:

La organización general del proceso de triaje dependerá de la magnitud del problema, (no es lo mismo tener pocos casos, que una demanda masiva como podría suceder en epidemias o en situación de pandemia).

Es necesario desarrollar y dar a conocer a nivel de los servicios de salud ambulatorios y hospitalario protocolos de actuación con el objetivo de separar y manejar a los pacientes sospechosos en las urgencias y otras puertas de entrada.

Hay algunas consideraciones generales útiles para la implementación del triaje en los establecimientos de Salud:

El sitio físico “traje” se ubicará en la entrada de urgencias o de la consulta externa, diferenciándose desde este momento los casos sospechosos. Se debe elaborar un mapa de la Unidad de urgencias donde queden **claros los circuitos del “traje”**.

Es imperativo que las unidades de salud habiliten un lugar para realizar el triaje, identificando todos aquellos pacientes de riesgo y con sintomatología respiratoria y priorizando los pacientes de acuerdo a la gravedad de sus síntomas guardando las medidas de bioseguridad.

Insumos para el Triaje:

Insumos para el desarrollo de las siguientes actividades:

- La identificación de los casos

- La referencia del casos

Otros insumos:

- Equipo de protección Personal
- Insumos para higiene de manos
- Silla derueda
- Camilla
- Papelería

Personal responsable del Triage:

La unidad de salud debe asegurar que el triaje sea realizado por:

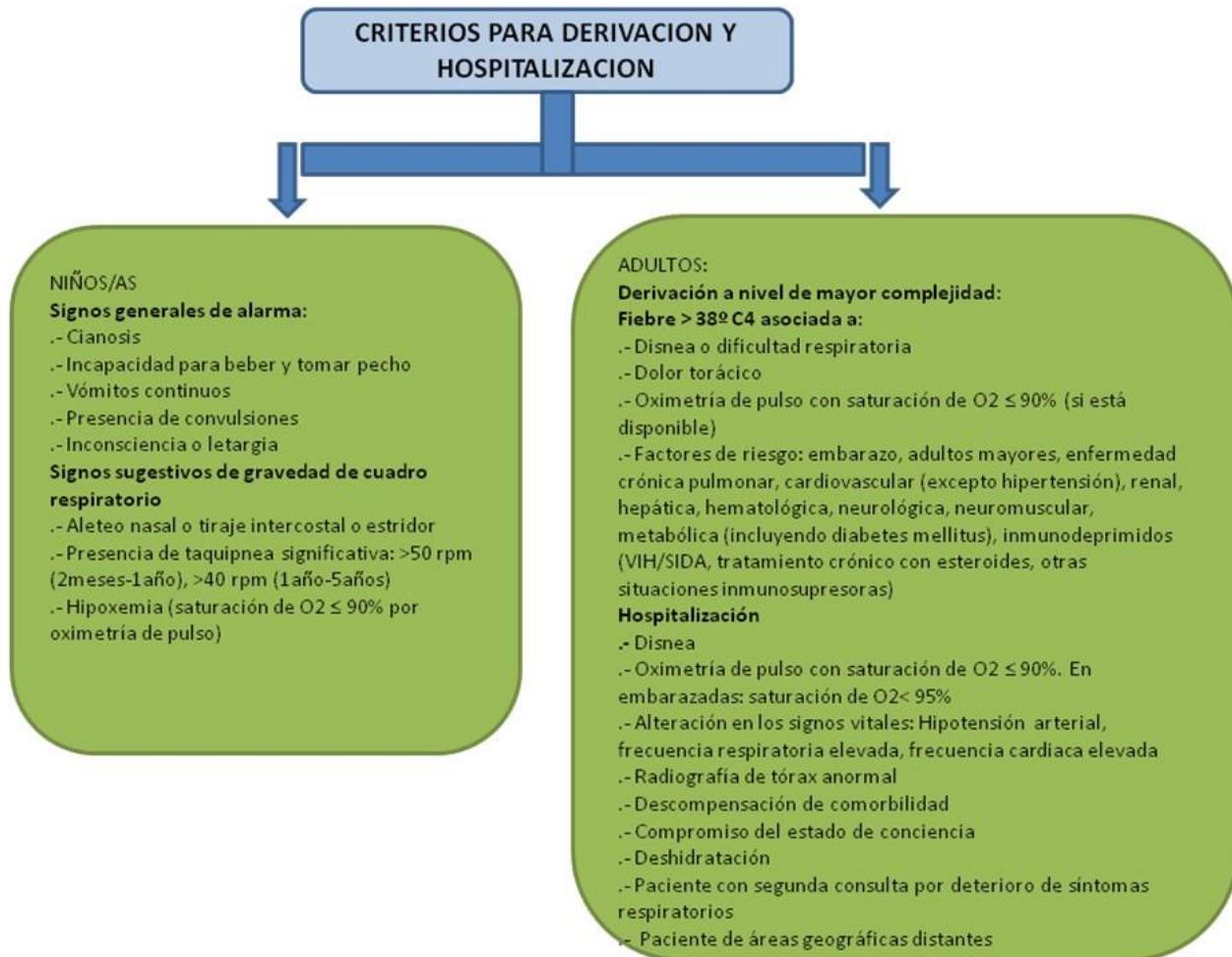
- Personal de salud con los conocimientos /habilidades competentes que permitan cumplir con la identificación de los casos. (medico, enfermera profesional o auxiliar de enfermería capacitado)

El triaje no debe ser realizado por el vigilante/encargado de la entrada a la unidad de salud, sin embargo se hace necesario capacitar a este personal como elemento clave que facilite la atención de los casos.

Crterios clínicos para valoración en puestos de triaje en unidades de atención (CESAR, CESAMO, CLIPER y Hospitales)



Crterios para derivación y hospitalización adultos



Crterios de ingreso en UCI para pacientes pediátricos y adultos.

- Hipoxemia refractaria a aporte de O₂
- Presencia de compromiso hemodinámico sin respuesta a reposición de fluidos
- Presencia de signos de shock inminente

Traslado de casos sospechosos y probables

Durante la aparición de los primeros casos y brotes en el país, el médico de asistencia remitirá al paciente considerando los criterios establecidos para el hospital designado SIEMPRE a través de un transporte sanitario. Deben ser trasladados directamente al lugar establecido para el manejo de casos sin escala.

Una vez diseminada la enfermedad por todo el territorio nacional, serán trasladados a los hospitales sólo los casos severos que requieran atención especializada.

CRITERIOS DE CLASIFICACION PARA MANEJO DE PACIENTES POR COLOR			
Nivel de prioridad	Tipo de Paciente	Referencia	Tratamiento
I	Cuadro clínico de influenza con complicaciones pulmonares y/o enfermedad crónica descompensada	Unidad médica hospitalaria con aislamiento estándar	Compensación de enfermedad crónica y complicaciones, inicio de antivirales
II	Cuadro clínico sin complicaciones pulmonares y/o enfermedad crónica controlada	Aislamiento domiciliario seguimiento telefónico	Tratamiento sintomático, antivirales, observación, medidas de bioseguridad
III	Sintomatología sugestiva de influenza, sin complicaciones pulmonares y sin enfermedad crónica agregada	Aislamiento domiciliario estricto, seguimiento telefónico por región de salud	Tratamiento sintomático y medidas de bioseguridad
0	Sintomatología respiratoria no compatible con influenza	Domicilio	Tratamiento sintomático y medidas de bioseguridad
	Fallecimiento consecuencia de un cuadro clínico sospechoso o confirmado de influenza	Servicios médico forense	Autopsia, medidas de bioseguridad

GRUPOS POBLACIONALES DE ALTO RIESGO	
CARACTERISTICAS	GRUPO
Edad	Mayores de 60 años
	<Menores de 5 años
Enfermedad crónica debilitante	Cardiopatías
	Enfermedad respiratoria crónica
	Diabetes mellitus
	Cáncer
	Condiciones de depresión inmunológica
Otras condiciones	Gestación
	Obesidad
	Personal de salud
	Personas que viajan a áreas infectadas

Enfermedades crónicas más comunes

Ciertas enfermedades o condiciones preexistentes pueden representar cuadros clínicos de mayor severidad de ETI e IRAG y por tanto deben alertar al Trabajador de Salud en su abordaje. Algunas de estas condiciones son:

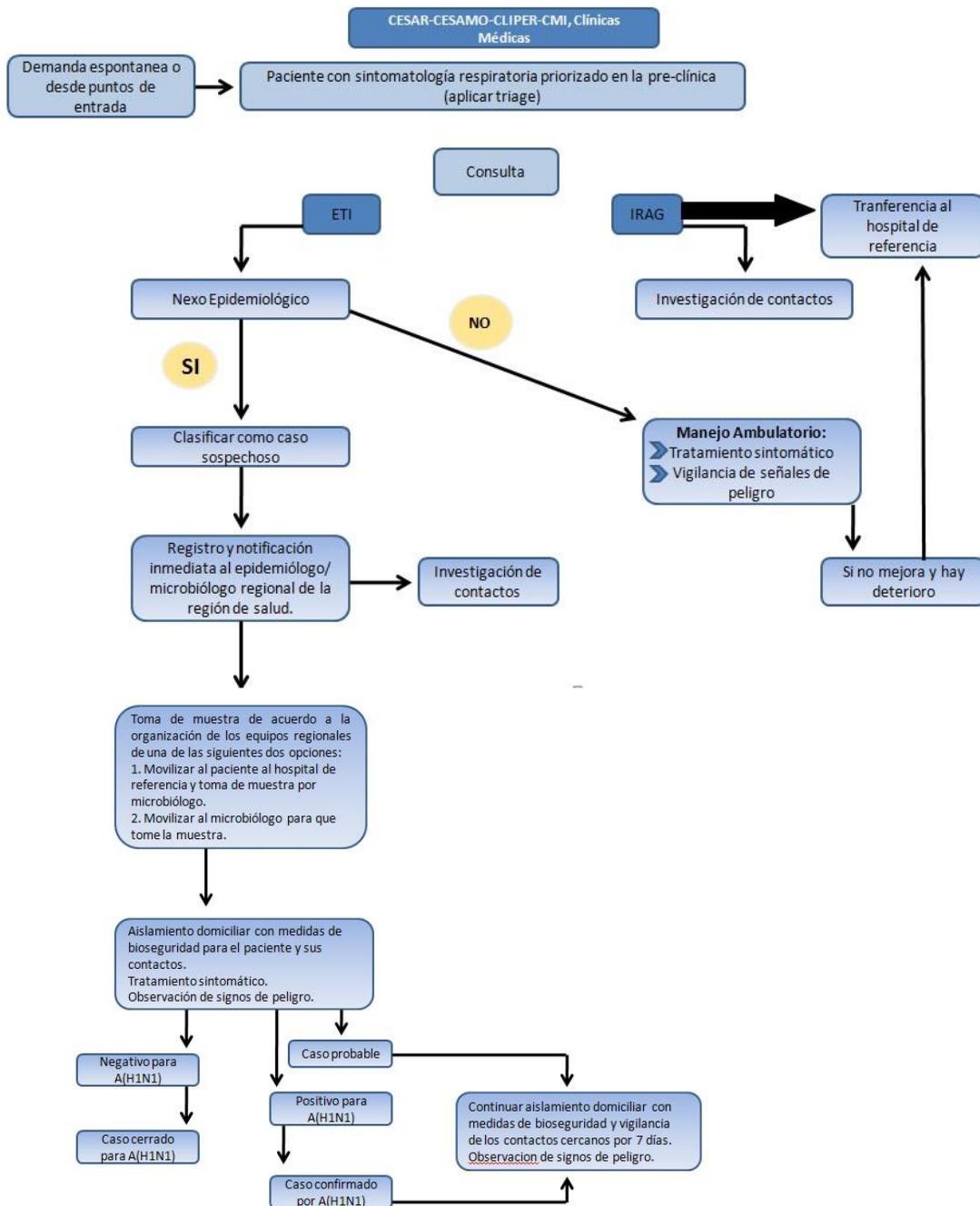
Diabetes, VIH/inmunodeficiencia, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, cáncer, embarazo, obesidad

Ciertas enfermedades o condiciones preexistentes pueden representar cuadros clínicos de mayor severidad de ETI e IRAG y por tanto deben alertar al Trabajador de Salud en su abordaje. Algunas de estas condiciones son:

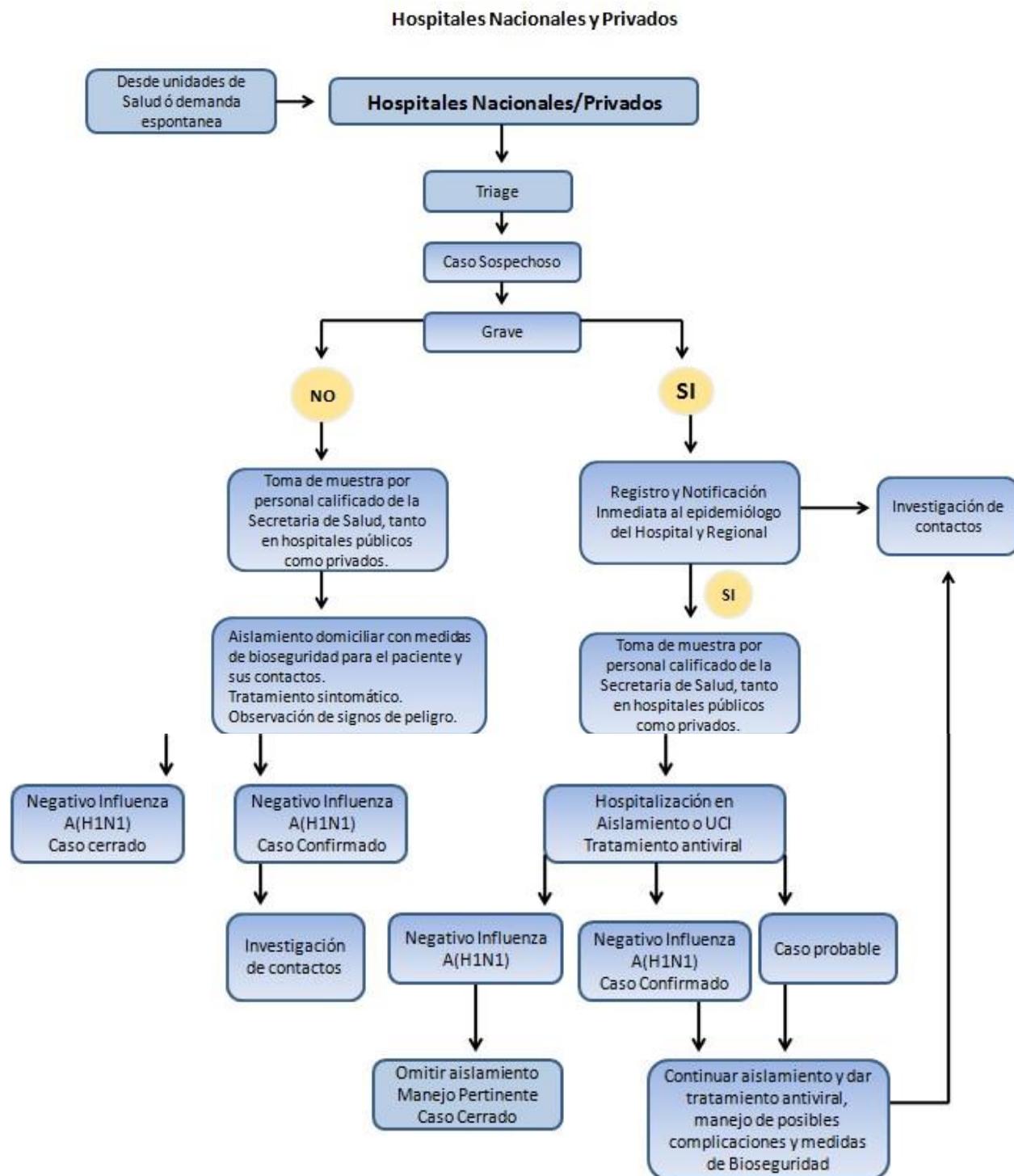
Diabetes, VIH/inmunodeficiencia, enfermedad cardiaca, enfermedad pulmonar, cáncer, embarazo, obesidad

Algoritmos de atención por niveles para pacientes por demanda espontanea

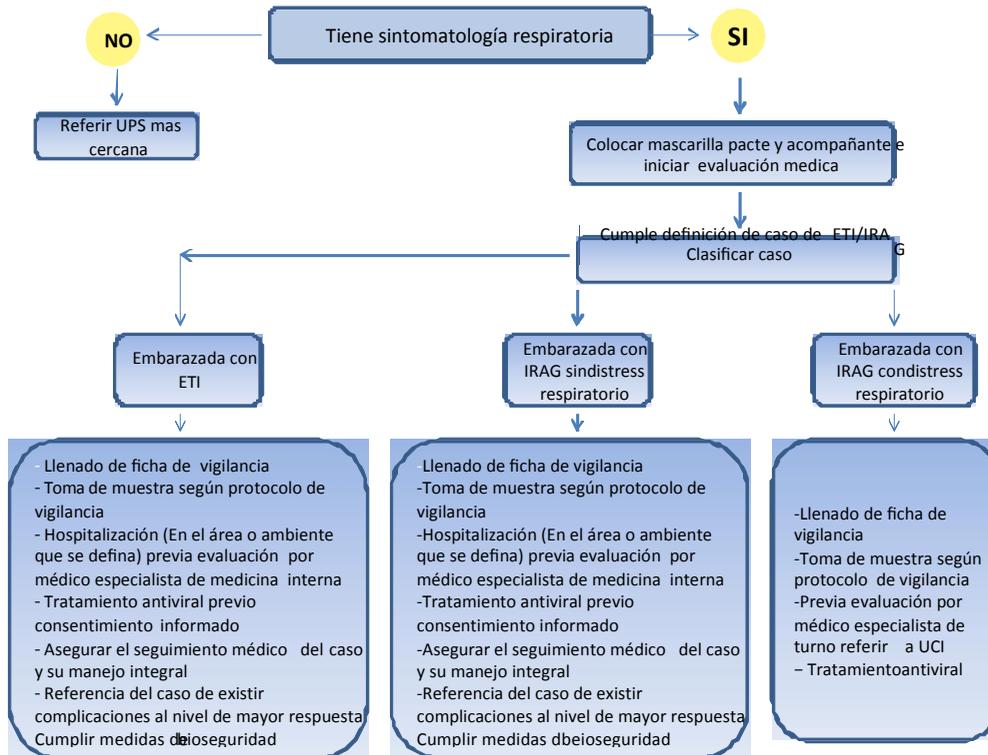
UNIDADES DE SALUD: CLIPER, Clínica Materno Infantil, CESAR, CESAMO y Clínicas Médicas



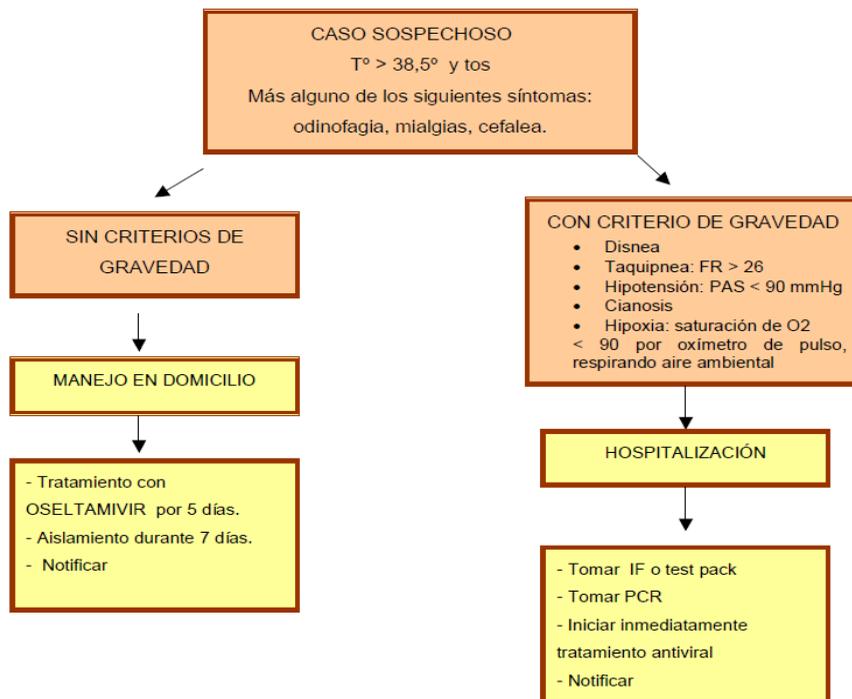
A toda persona que asista al centro de salud por cualquier motivo se le deberá brindar información relacionada con la identificación y prevención de la Influenza A (H1N1) y demás infecciones respiratorias.



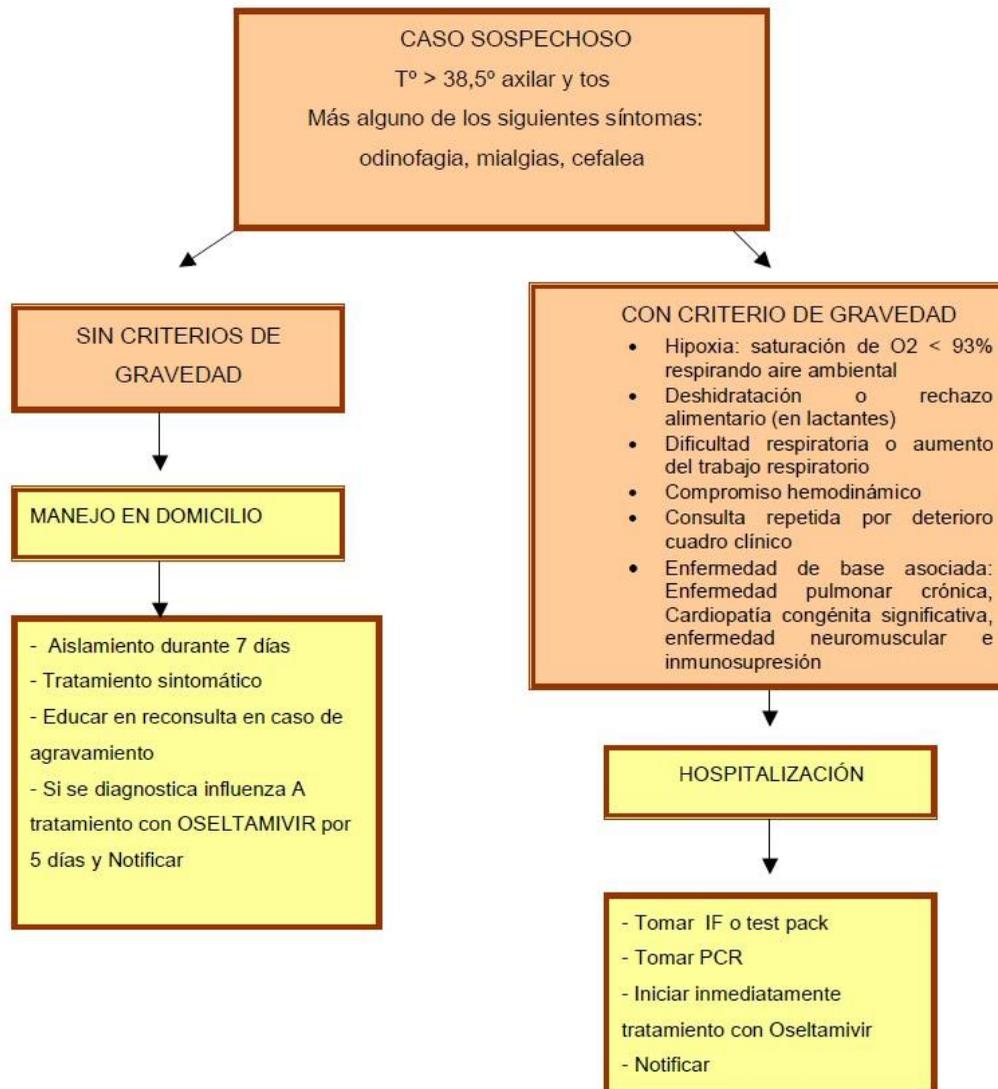
Flujograma hospitalario para la atención de pacientes Embarazadas Con sintomatología respiratoria sospechosas de influenza por demanda o referida



FLUJOGRAMA PARA MANEJO DE CASO SOSPECHOSO ADULTO, Y NIÑOS DE 5 AÑOS Y MÁS SEGÚN PRESENTACION CLINICA.



FLUJOGRAMA PARA MANEJO DE CASO SOSPECHOSO EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN PRESENTACION CLINICA.



7.3.4.- LABORATORIO:

Honduras está catalogado dentro de los países como un NIC, País con un **Centro Nacional de Influenza (NIC, por su sigla en inglés) de la OMS designado**, que realiza vigilancia estacional, que suministra a los Centros Colaboradores de la OMS (CC OMS) una cantidad representativa de aislados para su posterior caracterización y para uso en actualizaciones de las vacunas o monitoreo de resistencia a las drogas, lo que significa que contamos con la capacidad para diagnosticar el virus pandémico A(H1N1) 2009 y/o otros subtipos de influenza A, por lo que debemos seguir las pautas nacionales de preparación ante pandemias y las pautas de vigilancia mundial recomendadas por la OMS y enviar una cantidad representativa de aislados, dependiendo de nuestra capacidad de laboratorio, a los Centros Colaboradores de la OMS para caracterización adicional, actividad toda esta que es realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia en el nivel central.

En la actualidad el procedimiento para el diagnóstico, tipificación del virus y otros subtipos de influenza, está centralizado en el Laboratorio Nacional de Referencia con sede en Tegucigalpa, lugar donde se procesan todas las muestras para la vigilancia centinela y la vigilancia Nacional (intensificada) para la Influenza.

Los servicios de laboratorio están organizados en tres niveles administrativos: Nivel central, Laboratorio Nacional de Referencia de TB, dependiente de laboratorio nacional de vigilancia. Nivel intermedio, conformado por los laboratorios regionales departamentales. Nivel local, conformado por los laboratorios de hospitales y Cesamos. Las unidades de salud que no cuentan con laboratorio son consideradas como sitios recolectores de muestras, para su envío al laboratorio más cercano.

La responsabilidad de los laboratorios regionales departamentales, es la toma de muestras para diagnóstico, así como la recolección de muestras de otros servicios cercanos para su almacenamiento y posterior envío al nivel central (Laboratorio Nacional de referencia), con excepción del laboratorio regional de San Pedro Sula que procesa las muestras con técnica Inmunofluorescencia (IF) a partir de mayo del 2010.

7.3.5.- Procesamiento de las muestras de las vías respiratorias

Para excluir el sesgo de muestreo, debe emplearse un método de obtención de muestras sistemática. Lo ideal es que un laboratorio de vigilancia pueda analizar la mayoría o todos los casos de ETI e IRAG de un servicio o de un hospital.

Se recomienda que las muestras de los casos se tomaran el mismo día o los mismos días semanalmente, cuidando que los pacientes que se atienden el día seleccionado no sean diferentes de los atendidos otros días de la semana, las cuales serán procesadas con la técnica de IF.

7.3.6.- Criterios de obtención de muestras

Para la mejora de la calidad de las muestras y asegurar la detección de los virus respiratorios deberán cumplirse los siguientes criterios:

- Paciente que cumpla la definición de caso clínico de ETI e IRAG y
- Paciente que se elige sistemáticamente para la realización de la prueba
- Toma de la muestra en las primeras 72 horas de iniciado los síntomas para casos de ETI y al momento del ingreso para los casos de IRAG.

La frecuencia de falsos negativos en las pruebas aumentará a medida que disminuya la eliminación de virus.

Si se seleccionara un caso para obtención sistemática de muestras, pero este no cumpliera los criterios de obtención de muestras, o el paciente se negara a ello o no se obtuvieran muestras del paciente por alguna otra razón, se deberá estudiar al siguiente paciente que presente IRAG o ETI.

7.3.7- Logística para la obtención de muestras

En los casos de ETI, e IRAG se hará hisopados nasales y faríngeos en los adultos, y en los niños menores de 5 años se recomienda aspirado nasofaríngeo. Las muestras más apropiadas según lo recomendado por las investigaciones de la influenza estacional son aquellas del tracto respiratorio superior. Las muestras deben tomarse de los orificios nasales profundos (hisopo nasal), nasofaringe (hisopo nasofaríngeo), aspirado nasofaríngeo, garganta o aspirado bronquial. Todavía no se sabe qué muestra clínica proporciona el mejor rendimiento en el diagnóstico. La(s) persona(s) que tome(n) la muestra debe(n) cumplir con las precauciones apropiadas de toma de muestras ya que puede(n) exponerse a secreciones respiratorias de los pacientes. Las muestras deben mantenerse refrigeradas (4 °C) en los medios de transporte y se enviarán a más tardar en 48 horas al laboratorio Nacional de Virología junto con la ficha epidemiológica. Pueden usarse medios de transporte comercial o medios preparados en el laboratorio de conformidad con las directrices de la OMS.

7.3. 8.- Procesamiento y análisis de muestras

Para la Unidad Centinela de San Pedro Sula las muestras por IF se procesarán en el laboratorio regional y para la Unidad Centinela de Tegucigalpa se analizarán en el Laboratorio Nacional de Referencia, para detectar la presencia de antígenos víricos (*Adenovirus*, virus de la influenza A y B, *Parainfluenza* y *virus sincitial respiratorio*) usando la prueba de IF con anticuerpos. Lo ideal es que se realice esta técnica usando prácticas de bioseguridad del nivel 2. Sin embargo, en los casos presuntos de influenza AH1N1, los casos inusuales o inesperados o en los brotes de ETI o de IRAG, deben procesarse en condiciones de bioseguridad de nivel 2, aplicando prácticas de bioseguridad

del nivel 3 en el laboratorio nacional de virología. Si se aislara virus de Influenza A, se hará rT-PCR para diagnóstico etiológico de subtipos.

Para la vigilancia nacional las muestras se procesarán y analizarán en el Laboratorio Nacional de Virología con PCR-TR estacional, si es positiva por Influenza A. se aplicará rT-PCR específico para H1N1 y seguidamente se aplicará IF para la detección de otros tipos de virus. Lo ideal es que se realice esta técnica usando prácticas de bioseguridad del nivel 2. Sin embargo, en los casos presuntos de influenza AH1N1, los casos inusuales o inesperados o en los brotes de ETI o de IRAG, deben procesarse en condiciones de bioseguridad de nivel 2, aplicando prácticas de bioseguridad del nivel 3 en el laboratorio nacional de virología

7.3.9.- Flujo de aislados y muestras en el Laboratorio Nacional de Virología

El Laboratorio Nacional de Virología debe realizar preliminarmente una subtipificación antigénica. Luego, deberá enviar los aislados víricos representativos y los virus de baja reactividad a los centros colaboradores de la OMS contra la influenza en el CDC por lo menos una vez al mes durante el periodo de vigilancia.

Si no se pudiera determinar el subtipo de ningún virus usando el kit de reactivos de la OMS, el laboratorio de referencia nacional debe notificar a la OMS y los CDC y tiene que enviar de inmediato el aislado vírico para su análisis a los centros colaboradores de influenza de la OMS en los CDC.

Responsabilidad por niveles:

La responsabilidad de los laboratorios locales (Hospitales, CESAMOS y CESAR) es la toma de muestras y su posterior envío al laboratorio regional o directamente al Laboratorio nacional de referencia.

Actividades de los laboratorios en las actividades de vigilancia centinela e intensificada.

Vigilancia centinela:

Responsabilidades del laboratorio en sitios centinela:

- Toma, recolección, almacenaje y envío de muestras y fichas epidemiológicas ETI e IRAG del servicio centinela al laboratorio regional o nacional de virología

Responsabilidades del Laboratorio Regional y Nacional de Referencia:

- Recolección, almacenaje, tamizaje y selección de muestras para procesar, procesamiento con técnica IF, para detección de Influenza A, B; Parainfluenza 1,2,3; VRS- virus sincitial respiratorio y adenovirus, seguidamente aplicación de técnica PCR tiempo real para el tipificar el virus, llenado

de ficha epidemiológica, ingreso de ficha epidemiológica para la vigilancia de las ETI e IRAG, a la base de datos del sistema, elaboración de informe individual y acumulado semanal y mensual, envió a la Dirección de Vigilancia de la Salud.

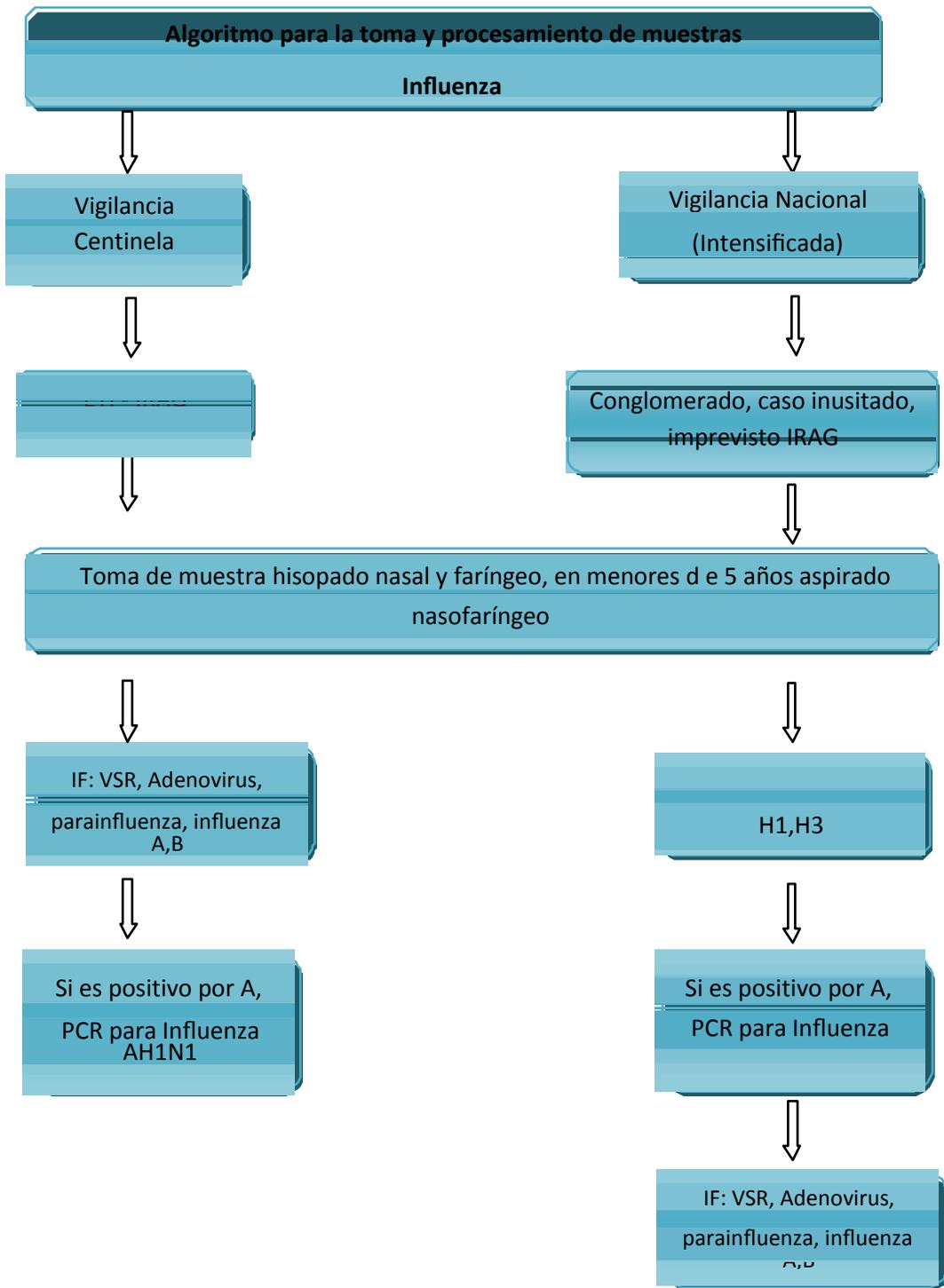
Vigilancia nacional (Intensificada):

Responsabilidades de los servicios de salud públicos y privados donde no hay laboratorio

- Toma, recolección, almacenaje y envío de muestras de IRAG de los servicios de salud públicos y privados y otras actividades de vigilancia por personal de laboratorio donde exista y personal responsable de atención a pacientes donde no existe personal de laboratorio, envió de muestras al laboratorio departamental regional o envió directo al Laboratorio Nacional de Referencia según recomendaciones de almacenamiento y envió sugeridas por la OMS.

Responsabilidades del laboratorio nacional de virología:

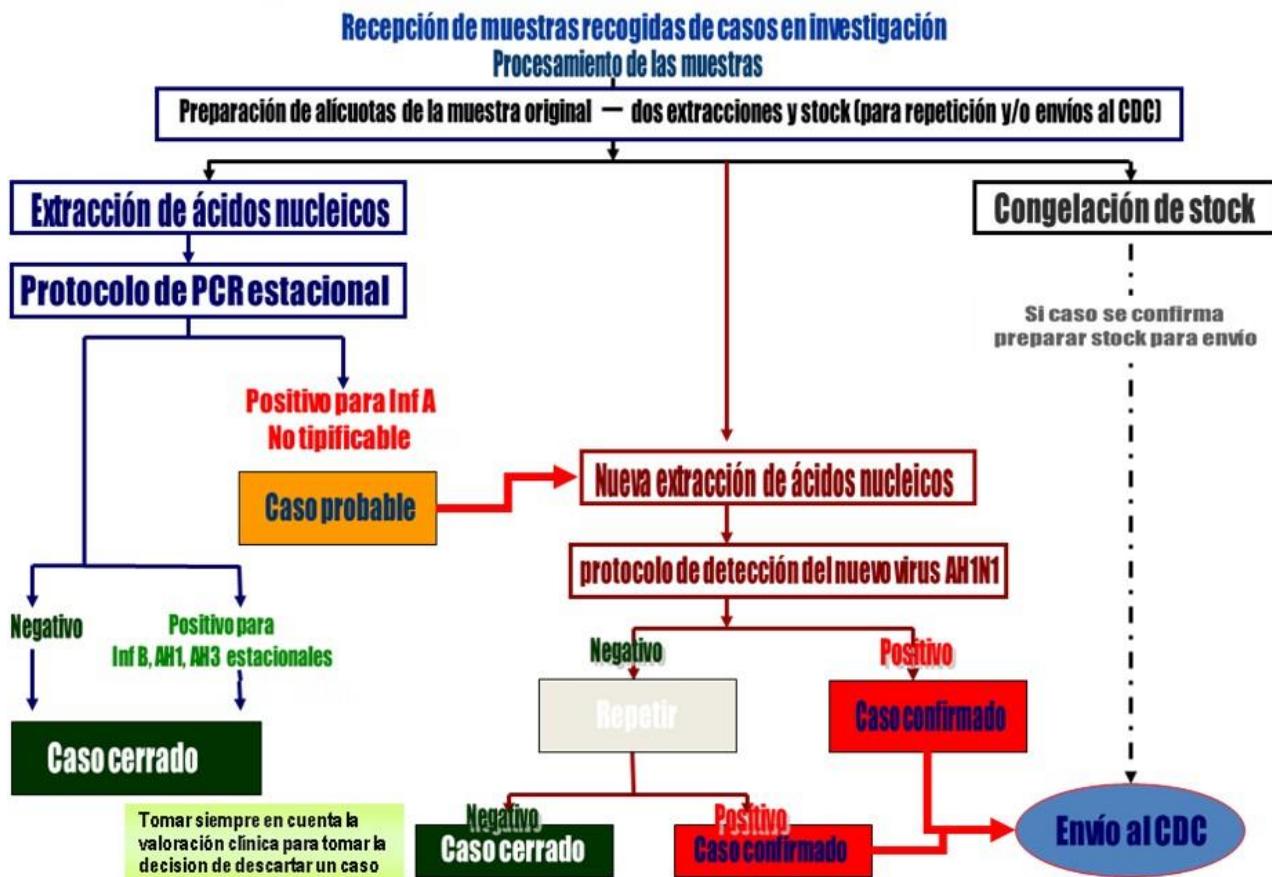
- Recolección, almacenaje, tamizaje y selección de muestras para procesar, procesamiento con técnica PCR en tiempo real, diagnóstico etiológico de agente, llenado de apartado laboratorial de ficha epidemiológica para su completación, ingreso de ficha de vigilancia epidemiológica de Influenza a la base de datos del sistema, elaboración de informe de comportamiento virológico semanal y mensual, envió a la Dirección de Vigilancia de la Salud.



Algoritmo para el Laboratorio Nacional de Virología

Algoritmo de diagnóstico laboratorial de infección por el nuevo virus Influenza A(H1N1)

Laboratorio Nacional **CON** capacidad de identificación del nuevo virus



Fuente: Actualización OPS/OMS sobre Influenza A(H1N1). Mayo 2009.

Reportes de laboratorio:

Sitios centinela:

IF: VSR, Adenovirus, parainfluenza, influenza A,B

PCR – TR: Influenza AH1N1 Novel, Influenza A estacional, Negativo

Vigilancia Nacional:

PCR – TR: Influenza AH1N1 Novel, Influenza A estacional, Negativo

PCR – TR: Pendiente implementar para identificación etiológica virus estacional

IF: VSR, Adenovirus, parainfluenza, influenza A,B

7.3.10 .- TRATAMIENTO:

7.3.11.- Tratamiento de soporte

A - Medidas sintomáticas y de soporte

La terapia de apoyo (los antipiréticos como el paracetamol –acetaminofén- para la fiebre, rehidratación, etc.) son suficientes en la mayoría de los pacientes. En los niños/niñas acompañar con medidas físicas, junto con un estado de hidratación adecuado.

Los salicilatos (como aspirina o productos que contengan aspirina) no deben utilizarse en niños ni adultos jóvenes (<18 años) debido al riesgo de síndrome de Reye.

B - Oxigenoterapia

Todas las unidades de salud que desarrollen actividades de internamiento de pacientes con influenza deben contar con equipo de oxigenoterapia. Se debe monitorear la saturación de oxígeno con un oxímetro de pulso, siempre que sea posible en el momento de la presentación y de manera rutinaria durante la atención posterior. Debe proporcionarse oxígeno suplementario para corregir la hipoxemia según la gravedad (cánula nasal, mascarilla, mascarilla con reservorio, intubación con ventilación asistida).

La terapia para el SDRA asociado al virus de la gripe A (H1N1) debe fundamentarse en directrices basadas en evidencias publicadas para la sepsis asociada al SDRA, incluyendo específicamente estrategias de protección pulmonar en la ventilación mecánica.

C - Uso de corticoides

Los corticoides no deben ser usados de manera rutinaria, pero pueden ser considerados en dosis bajas para pacientes con shock séptico con sospecha de insuficiencia suprarrenal que requieren vasopresores.

La experiencia demuestra que el uso prolongado o las dosis altas de corticoides pueden dar lugar a efectos adversos graves, incluyendo las infecciones oportunistas.

7.3.12.- Tratamiento antiviral

El nuevo virus de la gripe A(H1N1) es sensible a los inhibidores de la neuraminidasa: **oseltamivir** y **zanamivir**, de acuerdo a estudios realizados *in vitro*. Se dispone de datos de seguridad y eficacia de los procedimientos terapéuticos estándar para la gripe estacional. La mayor efectividad del tratamiento se ha demostrado con la administración dentro de las 48 horas del inicio de los síntomas y por 5 días, pero también ofrece beneficios si se administra después y en casos individuales, se ha prolongado la duración del tratamiento, sobre todo en pacientes con neumonía o enfermedad progresiva. No existen evidencias del beneficio de la utilización conjunta de ambos antivirales.

Se estima que muchos pacientes con gripe por A (H1N1) se han recuperado espontáneamente sin la administración de antivirales, en otros la enfermedad ha progresado a falla respiratoria aguda. Se desconoce el mecanismo de la rápida progresión y los factores relacionados.

El **zanamivir** de aplicación por vía inhalatoria es eficaz para el tratamiento de la gripe estacional humana no complicada, pero no ha sido estudiado para la enfermedad grave, o en los pacientes hospitalizados, o con la cepa emergente del virus de la gripe A (H1N1).

Dosis de oseltamivir y zanamivir según peso (*). (Actualizado del libro azul)

Oseltamivir		
<3 meses		
3-5 meses		20 mg p.o. dos veces al día por 5 días
6-11 meses		25 mg p.o. dos veces al día por 5 días
meses	15 kg o menos	30 mg p.o. dos veces al día por 5 días
	16-23 kg	45 mg p.o. dos veces al día por 5 días
	24-40 kg	60 mg p.o. dos veces al día por 5 días
	> 40 kg	75 mg p.o. dos veces al día por 5 días
Zanamivir		
< 7 años		Consultar con el especialista
> 7 años o adulto		Dos inhalaciones de 5 mg dos veces al día por 5 días

Efectos adversos:

Respecto a los efectos adversos del **oseltamivir**, los más frecuentes son los gastrointestinales: náuseas, vómitos, dolor abdominal, dispepsia y diarrea. La toma del medicamento con alimentos disminuye estos efectos adversos. De manera ocasional, el **oseltamivir** se ha relacionado con convulsiones, confusión o conducta anormal durante el curso de la enfermedad, particularmente entre niños y adolescentes. La inhalación oral del **zanamivir** puede producir tos, y molestias nasales y en la garganta. En raras ocasiones produce hiperreactividad bronquial, por lo que estaría contraindicado en personas con antecedentes de asma o de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

7.3.13.- Indicaciones para el tratamiento con antivirales

Las siguientes son indicaciones para guiar en el uso racional del tratamiento antiviral. Pacientes con enfermedad respiratoria febril aguda (fiebre >38°C y síntomas respiratorios: tos, rinorrea, dolor de garganta, etc.) que a la evaluación inicial presenten cualquiera de los siguientes:

Niños y Niñas:

- Cianosis
- Hipoxemia (saturación de O₂ ≤ 90% por oximetría de pulso)
- Presencia de taquipnea significativa: >50 rpm (2 meses- 1 año), >40 rpm (1 año-5 años)
- Incapacidad para beber y tomar pecho
- Vómitos continuos
- Presencia de convulsiones
- Inconsciencia o letargia
- Aleteo nasal o tiraje intercostal o estridor

Adultos:

- Disnea o dificultad respiratoria
- Hipoxemia (saturación de O₂ $\frac{3}{4}$ 90% por oximetría de pulso.
- Embarazadas sospechosa con saturación de O₂ $\frac{3}{4}$ 95%)
- Alteración de los signos vitales: hipotensión arterial, frecuencia respiratoria elevada, frecuencia cardíaca elevada
- Radiografía de tórax anormal
- Descompensación de la co-morbilidad
- Compromiso del estado de conciencia
- Deshidratación
- Paciente con segunda consulta por deterioro de síntomas respiratorios

Antivirales para casos confirmados

A través de la vigilancia de influenza y otros virus respiratorios, así como las investigaciones realizadas sobre la resistencia al uso de antivirales se están elaborando lineamientos para uso racional del Oseltamivir y Zanamivir, antivirales que han demostrado eficacia terapéutica. Por el momento está indicado para los casos sospechosos con riesgo de complicaciones y para casos confirmados en Honduras.

OSELTAMIVIR durante 5 días (de preferencia iniciar en las primeras 48 horas o en pacientes que han pasado este período y se encuentra en mal estado general o su condición empeora).

* Esta en evaluación el uso de dosis más altas y mayor duración del tratamiento (150 mg p.o. dos veces al día por 10 días) en pacientes graves que requieren ingreso a UCI, Pacientes obesos y pacientes con inmunosupresión, sin que exista hasta el momento suficiente evidencia clínica para emitir una recomendación.

Fuente: Consulta de expertos OPS/OMS 16 julio 2009

Para personas o niños que no puedan ingerir capsulas, disolver el contenido de una capsula de Oseltamivir en 5 ml de jugo a agua azucarada y administrarlo de acuerdo a las siguientes tablas. (Mezclar hasta que no se observen residuos de polvo). Desechar el sobrante y preparar una nueva suspensión para la siguiente toma.

Niños menores de 1 año:

< 3 meses: 12 mg dos veces al día

3-5 meses: 20 mg una vez al día

6-11 meses: 25 mg una vez al día

Niños de 1 hasta 12 años (la dosis está en función del peso), se administra dos veces al día

< 15 kg: 30 mg dos veces al día

15 y-23 kg: 45 mg dos veces al día

24 -40 kg: 60 mg dos veces al día

40 kg: 75 mg dos veces al día

Presentación de Oseltamivir (Tamiflu):

Presentación caja con 10 capsulas de 75 mg cada una. No se cuenta con la presentación en suspensión, por lo que deberá prepararse como se menciona anteriormente

Importante recordar:

No usar antibióticos, ni corticoesteroides para el tratamiento temprano.

Dar el tratamiento para controlar fiebre, pero no ocultarla con antipiréticos por horario, dejar el uso de estos para control de la fiebre en caso de 38.2°C.

Adultos:

Asegurar el correcto estado de hidratación, mediante reposición oral o IV de fluidos.

Evaluar la situación respiratoria, y si existe compromiso (evaluado mediante la presencia de taquipnea o saturación de oxígeno menor de 90%), referir a nivel de mayor complejidad.

Antipiréticos y Analgésicos

Contraindicado el uso salicilatos en los menores de 18 años (riesgo de Síndrome de Reyé)

Paracetamol/Acetaminofén:

Niños mayores de 12 años: 325–650 mg VO o rectal cada 4-6 horas

Adultos: 75 mg dos veces al día durante 5 días.

Embarazadas: 75 mg dos veces al día durante 5 días.

Dado que no existen estudios clínicos sobre la seguridad de estas medicaciones en el embarazo, oseltamivir y zanamivir se clasifican dentro de la “Categoría C” de la FDA. Por tanto, se recomienda una valoración cuidadosa de los potenciales beneficios y riesgos antes de indicarlo. Como alternativa, dado que el zanamivir (2 inhalaciones (5mg c/u)/ 12 horas, durante 5 días) tiene menor absorción sistémica, es una opción preferida por algunos especialistas, cuando el medicamento está disponible. Pedir consentimiento informado a la paciente ya que se indicara independiente de las semanas de gestación considerando riesgo-beneficio.

7.3.14.- Quimioprofilaxis

Según las nuevas recomendaciones basadas en la severidad de la enfermedad y en la probabilidad de desarrollar resistencia, la OPS no ha emitido recomendaciones específicas sobre quimioprofilaxis a los contactos. Los cuadros leves permiten detección oportuna y tratamiento sin riesgo significativo.

En Honduras hasta el momento no se contempla el uso de antivirales para este fin. Sin embargo enunciamos algunas situaciones donde se recomendaría en base a capacidad uso de quimioprofilaxis y tratamiento preventivo.

- Profilaxis en personas no vacunadas y de alto riesgo de contagio (personal de salud, empleados de hogares geriátricos, voluntarios de servicio social que atiendan enfermos).
- Profilaxis de personas inmunocomprometidas o que puedan no responder a la vacunación (enfermos con VIH o recibiendo tratamiento inmunosupresor)
- Profilaxis en personas que no pueden ser vacunadas contra la influenza por algún tipo de alergia u otra contraindicación).
- Tratamiento de personas con influenza que viven o cuidan población de alto riesgo.
- Tratamiento de personas de alto riesgo con influenza.
- Tratamiento de alguien con influenza con menos de 48 horas de evolución de síntomas con el propósito de disminuir la duración y gravedad de la enfermedad.

7.3.15.- Complicaciones a considerar.

En estos momentos, no existe suficiente información sobre las posibles complicaciones de la gripe A (H1N1), sin embargo, se mencionan las complicaciones conocidas de la influenza estacional.

- Agudas: insuficiencia respiratoria grave, fallecimiento.
- Crónicas: hiperreactividad de la vía aérea, bronquiolitis obliterans, posible precursor de la enfermedad pulmonar crónica del adulto
- Exacerbaciones de enfermedades crónicas, infecciones tracto respiratorio inferior y superior, cardíaco y neurológico, musculoesqueléticas, síndrome de shock tóxico.

- Neumonía bacteriana secundaria con o sin sepsis, frecuentemente por *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* (particularmente meticilina resistente), y *Haemophilus influenzae*.

7.3.16.- Criterios de alta

Para dar de alta a un caso, adulto o niño, confirmado de Influenza Pandémica se deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

- Cese del período de infecciosidad, 7 días después del inicio de los síntomas respiratorios.
- Mejoría o resolución del cuadro clínico, según criterio médico.
- El paciente tenga 24 horas o más asintomático y su estado general sea bueno

El cuerpo clínico del Establecimiento de Salud deberá tener en cuenta además de la evolución clínica del paciente las variables epidemiológicas con miras a garantizar no sólo la total recuperación del paciente sino también evitar el riesgo de contagio a otras personas. Por tanto se deben considerar los periodos de incubación y de infectividad de los diferentes agentes etiológicos capaces de producir casos de IRAG de presentación inusitada e imprevista. Como ejemplo ilustrativo se indica para caso de influenza pandémica el mantener medidas de control de infecciones hasta 7 días después de la resolución de los síntomas en mayores de 12 años, y 21 días en menores de 12 años.

7.4 .- MEDIDAS DE CONTENCIÓN POBLACIONAL

CONTROL DE INFECCIONES EN SERVICIOS DE SALUD

7.4.1.-Objetivo:

Minimizar la diseminación de infección por Influenza asociada con la atención sanitaria y la convivencia social.

7.4.2.- Medidas de prevención para personal sanitario

- Lavado de manos con agua y jabón, o gel-alcohol antes y después del contacto con pacientes, superficies posiblemente contaminantes y después del uso de guantes.
- En la atención directa de un paciente con influenza utilizar las barreras de protección según el procedimiento empleado consistentes en: lentes, mascarillas específicas, guantes y batas para la atención de pacientes con influenza.
- Aislar individualmente al paciente; cuando esto no sea posible, reunir a varios pacientes, con el mismo diagnóstico, en la misma área.
- Utilizar barreras de protección (las que estén disponibles) para evitar contacto con fluidos corporales o con objetos contaminados.
- Agregar bata no estéril y de preferencia impermeable en procedimientos que puedan generar salpicaduras o derrames.
- Mantener una bata de uso exclusivo en el interior del cuarto en el que se encuentre el (o los) paciente (s) aislado (s).
- Utilizar barreras de protección (las que estén disponibles), para la manipulación, transporte y procesamiento de la ropa usada por el paciente.
- Utilizar recolectores especiales para depositar objetos punzo cortantes.
- Nunca re-encapuchar agujas de jeringas.
- No reutilizar hojas de bisturí o cualquier objeto punzo cortante desechable.
- Limpiar con agua y jabón el área de aislamiento, la sala del quirófano o la de necropsias; posteriormente utilizar agua con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Utilizar respirador N95 cuando se encuentre a menos de un metro de distancia del paciente.
- Evitar al máximo el traslado del paciente a otras áreas del servicio.
- Abrir ventanas y mejorar la ventilación

7.4.3.- Para contacto con pacientes

- Lavado de manos con agua y jabón o antisepsia con gel-alcohol al entrar y salir del cuarto.
- Utilizar guantes al entrar al cuarto y durante el contacto con el paciente; desecharlos al salir.
- Portar una bata de uso exclusivo en el interior del cuarto en el que se aísla al paciente.

- Utilizar mascarillas quirúrgicas de preferencia. Si no se dispone del recurso, utilizar cubre bocas o paños para cubrir nariz y boca y evitar visitas y contactos innecesarios.

7.4.4.- Medidas a tomar en el traslado de pacientes

Los vehículos de transporte de pacientes implican especial atención en términos de bioseguridad, ya que se trata de ambientes estrechos y poco ventilados, por lo tanto es necesario el uso permanente de mascarillas N95 para los integrantes de la tripulación y para el enfermo como medida adicional, utilización de guantes para quienes vayan a entrar en contacto con el paciente y posterior desinfección y limpieza de los equipos empleados.

7.4.5.- Métodos de desinfección

Medidas para realizar limpieza y desinfección del equipo.

- El virus de la influenza es altamente susceptible a agentes externos.
- Realizar la limpieza mediante el arrastre húmedo.
- No realizar limpieza en seco ya que se remueve polvo y aumenta el riesgo de contaminación.
- Aparatos médicos: para su limpieza considerar las precauciones estándar y las recomendaciones del fabricante.

La limpieza de superficies y materiales se debe de realizar con detergente neutro, seguida por una desinfección con agentes habituales como:

- Derivados del cloro: hipoclorito sódico diluido en agua al 1% a partir de una solución de cloro activo al 5% (una parte de esta solución al 5% en 4 partes de agua)
- En superficies no metálicas: utilizar agua, detergente y solución de cloro al 1%.
- Superficies metálicas: utilizar un paño humedecido con alcohol etílico o isopropílico al 70.

Debe diseñarse y establecerse formalmente un lugar para la desinfección de las ambulancias y la descontaminación del personal. Esta debe cumplir los siguientes requisitos:

- Personal designado para realizar el procedimiento
- Un área con duchas para la descontaminación del personal
- Manejo especial para la ropa del personal
- Un sistema de drenaje, que permita su tratamiento y neutralización
- Un área para depósito de los insumos, materiales y equipos (incluyendo el material y equipo de bioseguridad)

7.4.6 .- Uso racional de equipos de protección personal (EPP)

Se debe usar el EPP de acuerdo con las recomendaciones para el control de infección (Ej. Precauciones Estándar, de Contacto, gotitas (microgotas) o Transmisión Aérea.

Se debe evitar la reutilización de EPP descartables. Se desconoce si volver a usar EPP descartables brinda la misma eficacia y seguridad de protección que usar EPP nuevo, y su reutilización puede aumentar el riesgo de infección en los Trabajadores de la Salud.

Si los recursos son limitados y no hay disponibilidad de EPP descartables, utilice elementos que puedan volverse a usar (por ej., batas de algodón que permitan desinfección), y desinfectelos adecuadamente después de cada uso.

Para evitar el derroche, evalúe en forma crítica las situaciones en las cuales se indica EPP, y brinde los máximos cuidados clínicos durante cada ingreso a la habitación del paciente.

- Evalúe rutinariamente el riesgo de exposición a sustancias corporales o superficies contaminadas ANTES de cualquier actividad sanitaria prevista.
- Seleccione el EPP en base a la evaluación de riesgo.
- Tenga disponible el EPP adecuado en el caso de una emergencia inesperada.

7.4.7.- Fallecimientos:

Los establecimientos de salud y en particular aquellos con capacidad de hospitalización, pueden recibir el primer y mayor impacto de la mortalidad. Se ha estimado que el 70% de las muertes en una pandemia de influenza ocurrirán en los hospitales, donde en los planes de contingencia deben estar contemplados los procedimientos ante un volumen inusualmente incrementado de cadáveres.

Deberá existir una coordinación local para el manejo masivo de cadáveres y esta debe ser responsabilidad de una autoridad local, preferiblemente que no sean los directores de establecimientos de salud ni el personal de salud, pues su responsabilidad recae principalmente en el cuidado de los vivos.

Deberán siempre seguirse las medidas para el control de infecciones y establecerse un manejo digno y eficiente de los cuerpos y se determinara si el paciente murió durante el período infeccioso: Adultos entre 7 días después de la resolución de la fiebre y niños 21 días después del inicio de los síntomas.

Los estudios realizados en pacientes fallecidos en el sudeste asiático revelan que la mayoría de las defunciones ocurren alrededor del décimo día de iniciado el cuadro clínico, por lo tanto los casos estarán dentro del periodo infeccioso, y los trabajadores de la salud deberán utilizar todo el equipo de protección personal.

7.4.8.- Coordinación de actividades

Tan pronto como sea posible, y de acuerdo a los planes de contingencia existentes, se debe identificar una instancia apropiada para ejercer la coordinación (medicina forense) y se debe asignar a una persona para que sirva como coordinador local, con plena autoridad y responsabilidad en el manejo de los cadáveres.

Se debe establecer un equipo dentro del centro de Operaciones de Emergencias para que coordine el manejo de los cadáveres. Se deben incluir colaboradores operacionales clave, como las organizaciones militares, las de defensa civil, los grupos de rescate, las funerarias locales.

Se deben designar específicamente a las personas que se van a encargar de una o más de las siguientes tareas: Almacenamiento Información y comunicaciones con el público y los medios Disposición final de los cadáveres.

El riesgo para el público en general es insignificante, puesto que normalmente no entra en contacto con los cadáveres.

7.4.9.- Manejo de cadáveres

Es muy importante adoptar y divulgar el proceso para sacar el cadáver de la habitación o aislamiento donde ocurrió la defunción:

- Establecer una ruta de conducción a la morgue en forma oportuna.
- Los trabajadores de atención de salud deben cumplir las medidas convencionales de precaución cuando atiendan un paciente fallecido.
- El cadáver deberá ser identificado en forma adecuada (rotulado) y el traslado a la morgue debe ocurrir tan pronto como sea posible después de la muerte
- Deben llevar puesto el Módulo de Protección Personal completo si el paciente muere durante el período infeccioso (es decir, durante los 7 días después de la aparición de la fiebre en los adultos y 21 días después de la aparición de los síntomas en los niños).
-
- El cuerpo se debe guardar herméticamente en una bolsa impermeable antes de transferirlo al depósito de cadáveres.
- No debe producirse ninguna filtración de los líquidos corporales y la bolsa externa debe estar limpia.
- El envío del cadáver hacia el depósito debe producirse tan pronto como sea posible después de la muerte.
- Si los familiares del paciente desean ver el cuerpo, se les puede permitir hacerlo. Si el paciente muere en el período infeccioso, los familiares deben usar guantes y bata.

Necropsias

Se debe realizar con cuidado un examen post mortem del paciente que tuvo o probablemente tuviera influenza A (H5), si muere durante el período infeccioso. Si el paciente aún está liberando el virus cuando muere, los pulmones pudieran contener aún el virus. Sin embargo, cuando se realice cualquier procedimiento en los pulmones del cadáver, se debe llevar puesto el EPP completo, incluyendo la mascarilla de gran eficacia, guantes, bata y anteojos protectores.

Eliminación del riesgo de un cadáver infectado

Impida la dispersión de la sangre u otros líquidos corporales – especialmente cuando extirpe los pulmones, por lo tanto:

No emplee sierras mecánicas,
Realice el procedimiento con agua si existe la posibilidad de salpicaduras,
Evite las salpicaduras cuando extraiga el tejido pulmonar.

Como regla general, siga las medidas convencionales de precaución y:

Utilice la menor cantidad de instrumentos en la autopsia,
Evite el empleo de escalpelos y tijeras con extremos puntiagudos,
Nunca traslade el instrumental y el módulo en las manos –siempre utilice una mesita con ruedas
De ser posible utilice instrumental y módulo desechables,
Mantenga la menor cantidad de personal presente.

Manejo de la Influenza Pandémica en los Servicios Funerarios

No hay ningún riesgo adicional de transmisión de influenza a trabajadores de funerarias relacionados con el manejo de cuerpos de personas sospechosas o confirmadas de haber muerto de influenza. Los cuerpos sólo requerirán el manejo rutinario.

Los Obreros de Servicio fúnebres deben cumplir las prácticas de control de infección rutinarias en el manejo de todos los fallecidos independientemente de la causa de muerte.

Almacenamiento de los cadáveres

La descomposición de los cadáveres avanza rápidamente si no se les almacena refrigerado

En los climas cálidos, la descomposición esta tan avanzada a las 12-48 horas

El almacenamiento en frio disminuye la velocidad de la descomposición

Refrigeración

La mejor opción es la refrigeración entre 2 y 4 C°

Para el almacenamiento de hasta 50 cuerpos se pueden utilizar los contenedores comerciales para transporte con refrigeración que utilizan las compañías de transporte

Disposición final de los cadáveres

El entierro es el método más práctico, ya que preserva las evidencias para futuras investigaciones forenses, si alguna vez se requirieren, Se debe decidir cuidadosamente la localización del sitio de sepultura. Las sepulturas deben estar, por lo menos, a 200 metros de las fuentes de agua como arroyos, ríos, lagos, manantiales, cascadas, playas y riberas; La distancia sugerida entre el de las sepulturas y las fuentes de agua para consumo se muestra en la siguiente tabla:

Numero de cuerpos	Distancia de las fuentes de agua para consumo
4 o menos	200 metros
5-60	250 metros
.....	350 metros
120 cuerpos o más por 100 m ²	350 metros

7.4.10.- Vacunación:

Por más de sesenta años se cuenta con vacunas contra la influenza. En este largo período la experiencia obtenida ha demostrado su seguridad y eficacia. En poblaciones con riesgo de complicaciones graves, es bien sabido que la vacunación reduce los ingresos hospitalarios y las muertes. Por tanto, la vacunación es la piedra angular de la prevención de influenza.

Dado que los virus de influenza evolucionan constantemente, las vacunas se producen cada año y su composición se basa en las cepas más importantes de virus que se han identificado, gracias al sistema de vigilancia mundial. El almacenamiento de vacunas como medida preparatoria para una pandemia no es una opción, ya que la composición de las vacunas depende del virus responsable y es preciso esperar a que éste aparezca y sea identificado al principio de la pandemia, tiempo en que el suministro de la vacuna será limitado. Es posible que en algunas partes del mundo no se disponga de ella.

El establecimiento de metas y prioridades respecto a una pandemia, es un proceso con el que cada año se lograrán beneficios significativos en materia de salud. Un proceso de planificación contra la influenza pandémica identificará los problemas actuales relacionados con el suministro, la distribución y el uso de vacunas. La aplicación de planes para reducir la magnitud de estos problemas aumentará la disponibilidad de abastecimiento en los períodos interpandémicos. Por consiguiente, la inversión en los preparativos antipandémicos conlleva un rendimiento anual. El

establecimiento de metas en un proceso medido, formal y racional, demuestra también la competencia y la previsión de líderes y encargados de formular políticas, como custodios de la salud pública.

7.4.11.-Objetivo

Inmunizar a la población definida como prioritaria de acuerdo a recursos existentes en el país con respecto a la disponibilidad de la vacuna de la influenza con la finalidad de mantener libre de influenza al personal responsable de las actividades esenciales necesarias durante el período pandémico y contribuir a disminuir la trasmisión y la morbilidad, mortalidad por influenza.

7.4.12.- Determinación de Grupos Prioritarios

En vista que nuestro país no cuenta con los recursos financieros necesarios para la aplicación de la vacuna a toda la población, se hace necesario determinar que grupos de población en orden de relevancia para afrontar la pandemia y disminuir la mortalidad es necesario vacunar de acuerdo a la disponibilidad de las vacunas. A continuación se propone los grupos prioritarios en base a las recomendaciones de la OMS 2010–2011.

Proveedores de servicios esenciales, incluidos los trabajadores de salud

Meta: Mantener los servicios que el país ha considerado como esenciales para hacer frente a la pandemia y asegurar la distribución de suministros necesarios para el funcionamiento del país de los servicios de Salud. (Agua, Luz, telecomunicaciones)

La definición de servicios que se consideran "esenciales" variará de un país a otro. La intención de la vacunación de estos individuos sería permitirles que continúen prestando servicios, incluida la atención de salud a aquellos que la necesiten. Dado que lo más probable es que el abastecimiento de vacunas sea inadecuado, puede ser necesario establecer prioridades dentro de cada categoría de trabajadores de servicios esenciales.

Grupos con alto riesgo de muerte y complicaciones graves que requieren hospitalización.

Meta: Prevenir o reducir las defunciones y los ingresos hospitalarios.

En el período interpandémico, las personas con enfermedades subyacentes, embarazadas o con una edad más avanzada son las que tienen mayor probabilidad de sufrir enfermedades graves o de fallecer. En comparación con un brote ordinario, en una pandemia es más probable que los individuos previamente sanos tengan un desenlace grave. Sin embargo, siguen siendo los individuos de “grupos de alto riesgo” los que estén en mayor riesgo de hospitalización y de muerte. La vacunación se orientará a estas personas y el objetivo es prevenir dichos acontecimientos.

Existen personas de 65 años de edad o mayores, que sufren una enfermedad de alto riesgo. Las personas más jóvenes con enfermedades subyacentes también tienen mayor riesgo de morbilidad grave y de mortalidad. Debido a las dificultades en la asignación de prioridades basándose en las enfermedades crónicas, a menudo se usa la edad como un sustituto para identificar a quienes tienen mayor riesgo de complicaciones. Sin embargo, se deben considerar las características epidemiológicas de la pandemia, ya que pueden variar los principales grupos de población afectados.

En caso que el país cuente con suficientes recursos económicos y dotación de vacunas para toda la población se deberán vacunar de la manera siguiente.

Personas sin factores de riesgo de complicaciones

Meta: Prevenir o reducir la morbilidad.

Este es el grupo mayor e incluiría a los adultos y a los niños sanos. La meta principal de la vacunación de este grupo sería doble: reducir la demanda de servicios médicos y permitir que estas personas prosigan sus actividades cotidianas normales. Esto es particularmente importante para los adultos que trabajan. La ausencia simultánea de un gran número de individuos de su lugar de trabajo puede producir grandes trastornos, incluso entre personal que no sea esencial. Los establecimientos médicos también pueden verse superados por la demanda, incluso en el caso de servicios ambulatorios. Esto puede comprometer la atención de las personas que sufran complicaciones. Aunque es posible que el ausentismo escolar no tenga la repercusión económica y perturbadora directa de la enfermedad en los adultos, podría tener ese efecto indirectamente, y quizás sería necesario atender a los niños enfermos.

7.4.13.- Medidas no farmacológicas

Referente a estas medidas de contención no ha habido investigaciones sustanciales en el área de intervenciones no farmacológicas. Solo se han hecho algunos estudios que involucran modelos (no datos concretos). De no ser por estos estudios, toda nuestra información proviene de informes históricos, como la epidemia de 1918 y SARS en 2003, y de la observancia simple. Así que las recomendaciones que se presentan reflejan únicamente el pensamiento actual acerca de las intervenciones no farmacológicas. Estas recomendaciones evolucionarán a medida que aprendamos más acerca de la efectividad de las intervenciones. La OMS recomienda que las medidas de intervención no farmacológicas se adapten a cada situación específica.

Existen diferentes recomendaciones dependiendo de la fase pandémica en la que el país se encuentre, del patrón de transmisión en el país y de la gravedad y extensión de la enfermedad. La importancia de las intervenciones no farmacológicas radica en que pueden retrasar exitosamente la propagación de la enfermedad, mientras se desarrollan vacunas u otros mecanismos de respuesta. Deben siempre implementarse en coordinación con otras intervenciones.

La OMS recomienda usar las medidas menos restrictivas posibles. Sin embargo, cada país y localidad debe contar con un plan y recursos para implementar estas medidas si es necesario

7.4.14.- Nivel de aplicación de las intervenciones no farmacológicas

Es importante asegurarse de que la población entienda las definiciones de aislamiento y cuarentena, y que ambos se pueden implementar de manera obligatoria o voluntaria. Siempre es preferible implementarlas de manera voluntaria.

Las intervenciones no farmacológicas se pueden conceptualizar, categorizar y discutir de acuerdo a intervenciones a nivel individual, pacientes, contactos, y a nivel de población en general (comunidad).

El aislamiento, la cuarentena y también las prácticas de control de infección y el uso del equipo de protección personal serán las medidas de control individual, que abarca al personal de servicios de salud, pacientes y contactos, La cuarentena de grupos, sitios, y las medidas de distanciamiento social serán el foco de las intervenciones a nivel de comunidad.

Nivel Individual

- Aislamiento
- Cuarentena
- Control de infección

Nivel de Comunidad

Cuarentena de grupos y sitios

Medidas para aumentar el distanciamiento social.

Cierre de escuelas

Cierre de negocios y mercados

Cancelación de eventos

Restricciones de movimiento

Control de infección

7.4.15.- Definiciones

- Aislamiento:
Separación de personas con enfermedades transmisibles.
En hospitales o en la casa
- Cuarentena:
Restricción de personas expuestas no enfermas.
En el hogar o en un lugar designado
- Distanciamiento social:
Medidas sociales para reducir la frecuencia de contacto entre las personas para disminuir el

riesgo de propagación de enfermedades transmisibles

- Control de infecciones:
Medidas higiénicas para prevenir la propagación de agentes patógenos

7.4.16.- Objetivo

Retardar la transmisión del virus de la influenza a través de la implementación de medidas de control de infecciones dirigidas a la población con la finalidad de reducir la carga del brote en servicios de salud y el impacto sobre la mortalidad.

7.4.17.- Recomendaciones especiales para el manejo domiciliario

- Aislar al enfermo en su domicilio durante 7 días, después de la aparición de los primeros síntomas o hasta 24 horas después de la remisión de los síntomas.
- Separar al enfermo de las demás personas en una habitación individual, si la hay. Si la persona enferma necesita desplazarse a otra parte de la casa, debe usar una mascarilla de tipo quirúrgico.
- Instar al enfermo a que se lave las manos con frecuencia y que siga las prácticas de higiene respiratoria.
- Los vasos y otros utensilios para comer que utilice el paciente se deben lavar bien con agua y jabón antes de que los use alguien más. No compartir vasos, platos y cubiertos, así como alimentos, bebidas y utensilios de aseo personal.
- El paciente debe usar en forma permanente mascarilla tipo quirúrgica en presencia de otras personas, hasta la resolución de la sintomatología del paciente con infección respiratoria aguda. Desechar la mascarilla ante el deterioro de la misma (humedad, rotura, suciedad) en una bolsa plástica y mantenerla cerrada.
- Las personas encargadas del cuidado del paciente deben guardar las medidas de bioseguridad. Uso de mascarilla en los contactos cercanos, evitar el contacto con secreciones y lavado frecuente de manos.
- Si el paciente tuviera que desplazarse fuera de su casa a un establecimiento de salud, utilizará mascarilla e informará al personal de salud sobre su condición, evitando concentraciones de personas y guardando las prácticas de higiene respiratoria.
- Acciones de prevención para la población (contención poblacional) Medidas básicas de higiene que se deben transmitir a la población: Vacunación.
- Aislamiento respiratorio para pacientes hospitalizados.
- Medidas básicas de higiene: Cubra nariz y boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar. Si no tiene pañuelo utilice el ángulo interno del codo. Lavarse las manos con agua y jabón después de toser o estornudar.
- Evite asistir a lugares concurridos. ¡Procure recuperarse en casa. Evite saludar de mano o

- de beso, cuando esté enfermo.
- Evite escupir en el suelo y en otras superficies expuestas al medio ambiente, utilice un pañuelo o lienzo y deséchelo en bolsa de plástico cerrada. No comparta vasos, platos y/o cubiertos ni alimentos y bebidas.
 - Acuda a su médico si presenta síntomas. Siga las recomendaciones del médico y no se auto medique.

Aislamiento

El aislamiento es la separación o la restricción de los movimientos de personas que padezcan enfermedades contagiosas. Lo más frecuente es que se de en instalaciones hospitalarias, aunque en teoría podría ocurrir en cualquier lugar, siempre y cuando se provea el tratamiento médico apropiado. Primordialmente se da a nivel individual.

Con el fin de reducir la transmisión de la enfermedad a través de casos conocidos, se recomienda el aislamiento de las personas que padezcan la enfermedad, sea grave o no. El lugar para el aislamiento, ya sea el hogar o instalaciones hospitalarias, depende de una serie de factores, estos son: La gravedad del paciente, el lugar en el que reside, el número de contactos que tiene y la probabilidad de que acceda a la orden de aislamiento.

Las recomendaciones actuales aconsejan aislar a todos los pacientes durante TODAS las fases de una pandemia. Sin embargo, mientras el número de casos aumenta, el aislamiento se vuelve más difícil. Por esta razón, es crítico que las autoridades del gobierno se preparen de antemano para no tener un número elevado de casos graves.

Además, es importante no esperar la confirmación del laboratorio de que la enfermedad está presente antes de recomendar medidas de aislamiento. Un retraso de este tipo sólo contribuiría a la propagación de la enfermedad. Cuando se les pide a los pacientes que se aislen voluntariamente, es importante que entiendan las razones para tal petición.

El lograr que los pacientes accedan a las medidas de aislamiento puede resultar difícil, así que es crítico informar públicamente acerca de la necesidad de adoptar tal medida. El aislamiento involuntario de personas sintomáticas también es necesario. En estos casos, debe considerarse su aplicación.

Es vital considerar el cuidado médico y social (como alimentos y bebidas) que deberá darse a los pacientes.

Aislamiento Domiciliar

Se realizará cuando una persona presente síntomas, haya estado en contacto con otra persona

diagnosticada o con alta sospecha de estar infectada con influenza.

Se recomendará que esa persona permanezca en un solo recinto dentro de su casa, por un período de 10 días o el período que el país decida establecer. Si la persona no desarrolla síntomas en el periodo antes mencionado se suspenderá el aislamiento. Si llegara a presentar fiebre, dificultad respiratoria, dolor de garganta o tos, debe acudir inmediatamente a un centro de salud siguiendo todas las medidas de bioseguridad recomendadas y notificando al personal de salud.

Si la persona es diagnosticada como un caso de influenza pandémica y los servicios de aislamiento hospitalarios están saturados, debe guardar aislamiento en la casa siguiendo todas las recomendaciones médicas y de bioseguridad, hasta que los síntomas desaparezcan por completo. Los familiares de las personas que se encuentren bajo aislamiento deberán seguir todas las medidas de bioseguridad indicadas por el personal de salud.

El personal de la unidad de salud y de los gobiernos locales al que le corresponda estará dándoles seguimiento y recomendaciones a las personas que estén en este tipo de aislamiento.

Aislamiento Hospitalario

Este tipo de aislamiento se aplicará para los primeros casos detectados (inicio de las olas) o para todos los casos que deban ser internados por causa de alguna complicación. Una vez que el virus se encuentre circulando ampliamente en la comunidad, se debe seguir el aislamiento domiciliario en los casos no complicados.

De preferencia, el aislamiento hospitalario se llevará a cabo en cubículos especiales de aislamiento o en cuartos emergentes destinados para ese fin.

El personal de salud que deba estar en contacto con los casos deberá seguir las indicaciones relacionadas a las medidas de bioseguridad intrahospitalaria.

Este paciente permanecerá en aislamiento hasta que el personal de salud lo considere necesario.

Cuarentena.

La cuarentena es el espacio de tiempo en que permanecen aisladas las personas susceptibles de portar alguna enfermedad contagiosa. La cuarentena se puede dar en el hogar, así como en una residencia especial o en un hospital. Se puede implementar tanto en individuos como en un grupo o comunidad. Puede ser voluntaria u obligatoria. La cuarentena es una medida pública de salud antigua, y casi no se ha usado a lo largo del siglo pasado. Sin embargo, recientemente se implementó durante la epidemia de SARS del 2003, y esta experiencia nos ayudó a establecer algunos de los principios generales que deben seguirse si la cuarentena se considera una medida necesaria.

En primer lugar, la cuarentena solo se debe implementar si se cuenta con los recursos necesarios para proteger a aquellos que están en cuarentena. Los gobiernos se deben preparar para

proveerles los servicios necesarios y deberá ser aplicada por los gobiernos locales o la Secretaría de Interior y Población, en coordinación con la Secretaría de Salud.

En segundo lugar, la cuarentena se debe dar en combinación con otras intervenciones como vigilancia, diagnósticos, tratamiento e intervenciones preventivas.

En tercer lugar, la cuarentena se usa solo el tiempo necesario y por último, no tiene que ser absoluta para ser efectiva. Algunos modelos han evidenciado que aún la cuarentena que se implementa parcialmente influye en la disminución de la transmisión de la enfermedad.

La implementación de la cuarentena requiere entender los roles y la autoridad legal en todos los niveles del gobierno y requiere la planeación coordinada de muchas personas y tal vez esto sea lo más importante. También depende de la confianza y la participación tanto de aquellos que están en cuarentena como del público general. Para ganar su confianza, el gobierno y las autoridades de salud deberán desarrollar mensajes efectivos de comunicación ante riesgos y técnicas de movilización social para contar con el apoyo y la coordinación de la comunidad.

Para recomendar las medidas de cuarentena a las personas adecuadas, debemos identificar todos los contactos importantes. Los contactos son aquellos que podrían contraer la enfermedad. Aquellos que coincidan con la definición establecida de caso, deben aislarse y tratarse como casos. La localización de los contactos involucra hacer una lista de todas las personas que puedan estar expuestas al virus. Se debe contactar a cada persona que aparezca en la lista. Esta es una actividad intensa que involucra tiempo y esfuerzo. Luego de haber encontrado al contacto, es necesario darle seguimiento varios días para ver si se desarrollan síntomas de la enfermedad. Debido a que la localización y el seguimiento que se les da a los contactos implican mucho tiempo para el personal del equipo, una vez que el número de contactos aumente, esta medida no será factible. Sin embargo, es necesario identificar a todos los contactos mientras se practican medidas rápidas de contención.

Mientras las personas expuestas están en cuarentena, se debe dar un monitoreo activo de su salud, lo cual es esencial en las medidas de contención. También se recomienda el monitoreo y los reportes de la salud personal. Se debe dar información accesible y clara acerca de los síntomas para que el monitoreo de la salud personal sea efectivo. Las líneas telefónicas directas y las fiebres clínicas también pueden ser útiles.

Esto se usó durante el brote de SARS. Las fiebres clínicas y las líneas directas son otra manera en que las personas pueden monitorear su propia salud. Además de esta clase de monitoreo se debe hacer revisiones cada dos días, en grupos de alto riesgo. Las revisiones médicas son una característica esencial de las medidas rápidas de contención. Por ejemplo, tener revisiones médicas diarias de la familia de una persona enferma es una buena idea. En general, las revisiones diarias de la población entera no representan un uso efectivo de los recursos limitados.

7.4.18.- Control de infección a nivel comunitario

Las intervenciones no farmacológicas a nivel de comunidad, como la cuarentena de grupos y medidas que se toman para aumentar el distanciamiento social; también trataremos el control de infección a nivel de comunidad. Para implementar de manera efectiva todas estas intervenciones se requiere la participación de los Consejos Regionales de Desarrollo, gobiernos locales, mancomunidades.

Durante un esfuerzo de contención, es necesario poner en cuarentena grupos o sitios en la comunidad. Principalmente, esto se refiere a familias o conjuntos de familias en una situación donde se sospecha o se ha registrado la transmisión humana de una enfermedad. Suponga que se ha detectado un caso en la familia A. Los miembros de la familia B son parientes del caso y han pasado tiempo últimamente con el o ella. Los miembros de la familia B deben ser puestos en cuarentena lo antes posible. Se debe monitorear a las familias que estén en cuarentena y se les debe dar asistencia médica al igual que a los individuos que estén en cuarentena.

El cordón sanitario es un derivado del concepto de cuarentena a nivel de comunidad. Éste consiste en una barrera diseñada para prevenir la propagación de una enfermedad evitando que personas enfermas tengan contacto con el resto de la sociedad. Por ejemplo, evitar que las personas sanas ingresen en áreas afectadas y que las personas que puedan portar la enfermedad ingresen en áreas no afectadas. El cordón sanitario también se puede usar como estrategia cuando se tiene grupos aislados del resto de la sociedad en un esfuerzo por proteger a una comunidad de la propagación de la enfermedad.

Puede ser útil acomodar a las personas en instalaciones cerradas, sin embargo, esta estrategia puede no ser práctica y generalmente NO es recomendada por la OMS.

7.4.19.- Medidas de distanciamiento social

El distanciamiento social tiene como meta disminuir las probabilidades de que la enfermedad se transmita al reducir el contacto entre personas. Algunos ejemplos de medidas que pueden lograr el distanciamiento social son: cierre de escuelas, cierre de negocios o mercados, cancelación de reuniones públicas y restricción de movimientos. Evitar las reuniones públicas, como festivales y eventos deportivos. Debiendo considerarse el impacto que estas medidas tendrán en la economía, así como la importancia cultural de las mismas.

Algunos estudios han evidenciado que el distanciamiento social es efectivo en reducir la propagación de una enfermedad, especialmente si se combina con otros métodos. La responsabilidad de la aplicación de estas medidas será discutida por los CODEM y CODEL y vigilada por la Secretaría del Interior y Población

Cierre de escuelas:

Esta podría ser una medida exitosa en el esfuerzo por contener una pandemia, ya que el riesgo de infección y enfermedad en los niños y niñas es menor si las escuelas están cerradas. Si ha habido mortalidad y morbilidad significativa en los niños y niñas, esto podría ayudar a disminuir la propagación de la enfermedad.

Algunos reportes informan que el brote de influenza en una comunidad se puede limitar si se cierran las escuelas. Los resultados de modelos matemáticos también evidencian que ocurre una reducción de la enfermedad global, especialmente si el cierre se da en la primera fase del brote.

Si se implementa esta medida, los padres deben asegurarse que los niños y niñas no se congreguen en grupos alrededor de dichas instalaciones.

Durante la primera fase de la influenza pandémica que se dio en Asia en 1957-1958, los niños y niñas en edad escolar fueron los más afectados. Esto se atribuye al contacto cercano que tuvieron en espacios pequeños.

Otro estudio evidenció que durante un brote de influenza, el cierre de las escuelas influyó en la reducción de la incidencia de enfermedades respiratorias en niños de 6 a 12 años.

Cierre de negocios y mercados:

Si se implementa esta medida, las autoridades deben considerar de qué forma podrá la población adquirir los artículos de primera necesidad, como agua y comida. Además, deberán preguntarse si se dispondrá de estos artículos de primera necesidad si los negocios y las fábricas están cerrados. También se verán afectados por un impacto económico significativo.

En general, las medidas de distanciamiento social interfieren con el curso normal de la vida en la comunidad y pueden ocasionar angustia e inconformidad. Estas consideraciones se deben evaluar contra los posibles beneficios que se pueden obtener de las medidas de distanciamiento social.

Cancelación de reuniones públicas y restricción de transporte:

En una respuesta rápida a un grupo de personas posiblemente afectadas con la influenza pandémica, el prevenir que personas enfermas o expuestas tengan contacto con otras personas al participar en reuniones sociales será un factor clave en el esfuerzo de contención de una pandemia.

Si se toma la decisión de cancelar eventos se debe evaluar el impacto en la economía contra la habilidad efectiva de proteger a la población con esta medida. Las autoridades en materia de salud

deben tomar en cuenta la importancia del evento para la población y su importancia cultural.

Durante la influenza pandémica de 1957-1958, un panel de expertos de la OMS descubrió que la propagación de la enfermedad en algunos países se dio luego de varias reuniones públicas, como conferencias y festivales. El panel también descubrió que los primeros brotes se dieron en campamentos, unidades del ejército y escuelas. Así que sugirieron que el evitar aglomeraciones es importante para reducir la incidencia de una epidemia.

Si se consideran estas medidas o se recomiendan feriados en los trabajos, las autoridades deben considerar la posible efectividad de estas medidas, cómo se pueden implementar de la mejor manera y cómo se pueden mantener las provisiones necesarias y la infraestructura mientras se limita la interacción en la comunidad. Por ejemplo, cuando se cancela el transporte público, se debe buscar otros medios de transporte para servicios médicos de emergencia y evaluaciones médicas.

7.4.20.- Aspectos legales y el marco ético en la aplicación de las medidas de contención no farmacológicas

En la aplicación de las medidas antes mencionadas se debe considerar la autoridad legal para llevarlas a cabo, así como el marco ético para hacerlo en el contexto de salud pública.

El marco legal de Honduras establece claramente las competencias de actuación para la aplicación de estas medidas, siendo los Comité de Emergencias Municipales (CODEM) en coordinación con la Secretaría de Salud las instancias de poder para su ejecución.

Varios problemas éticos surgirán del uso de las medidas de intervención no farmacológicas. Discutir los problemas éticos que podrían surgir y prepararse para manejarlos antes de la pandemia puede ser muy útil. Algunos de los problemas éticos que podrían surgir son: restricción de la libertad individual; salarios no recibidos, lo cual implica no tener medios para mantenerse a sí mismo o a la familia y la compensación adecuada por el aislamiento o la cuarentena. De la misma manera, las ganancias que los negocios no percibieron también podrían ser compensadas.

7.4.21.- Aspectos a considerar en la implementación de medidas no farmacológicas

La fase pandémica actual será el factor más importante que desencadenará las intervenciones no farmacológicas

Aseguramiento por parte de las autoridades locales del gobierno para que los afectados por las medidas de contención cuenten con los servicios básicos como agua, comida, abrigo y seguridad.

Es crítico que la comunidad comprenda la necesidad de aplicar estas medidas.

La implementación de las intervenciones no farmacológicas solo se puede llevar a cabo si se cuenta

con la adecuada infraestructura en instalaciones de salud pública

Deben distribuirse mensajes sobre la importancia de la comunicación ante riesgos.

Los factores específicos del brote también pueden influir en la decisión del país de implementar tales intervenciones. Estas medidas se recomiendan cuando el área es pequeña, para que se puedan llevar a cabo las medidas de contención, de acuerdo con la logística. Específicamente, el área de la comunidad afectada debe contar con la provisión de alimentos, abrigo, asistencia médica y servicios de emergencia.

La OMS da las siguientes recomendaciones para decidir que medida de Intervención no Farmacológica se utilizará. Sin embargo, éstos no son principios inflexibles, se debe decidir qué medidas se utilizarán mientras evoluciona la situación en cada localidad.

El aislamiento de pacientes sintomáticos se recomienda para limitar la transmisión en cualquier fase de la pandemia.

La cuarentena es útil en las primeras fases de propagación de la influenza, cuando se prepara la respuesta rápida. Sin embargo, es de dudosa utilidad en la fase pandémica.

La identificación de los contactos y el monitoreo de su salud es una buena manera de encontrar, aislar y tratar casos de influenza con anticipación. Sin embargo, una vez que la enfermedad se ha propagado o se ha vuelto pandémica, ya demasiadas personas estarán enfermas y esta medida no será práctica.

La utilidad del cordón sanitario es limitada en la fase de respuesta rápida de la propagación de la influenza. Es, además, logísticamente difícil de implementar.

El cerrar instalaciones y limitar los viajes es una buena alternativa en cualquier momento, dependiendo de la situación local, debido a que se evitará que las personas se aglomeren y tengan contacto con el virus.

Tabla No. 12 Recomendaciones para aplicación de las intervenciones no farmacológicas

Medida a aplicar	Fase 3 (Actual)	Fase 4 & 5 (Respuesta rápida)	Fase 6 (Pandémica)
Aislamiento	Sí	Sí	Sí
Cuarentena	No	Sí	Posiblemente
Identificación de contactos	Sí	Sí	No
Monitoreo de salud	Sí	Sí	No
Cordón sanitario	No	Posiblemente	No
Cierre de instalaciones, restricción de movimientos, cancelación de eventos	Posiblemente	Sí	Posiblemente

7.5 .- PRESERVACION DE SERVICIOS BÁSICOS

El inventario de recursos físicos (unidades de servicios de salud de atención ambulatorios, hospitalarios) y de servicios de apoyo (laboratorio, saneamiento, agua, desechos sólidos, electricidad, transporte, seguridad y otros) así como del personal de salud de los servicios es fundamento clave para programar las actividades de control y manejo ante una eventual pandemia de influenza en el país.

Este inventario incluye servicios de salud, diagnóstico de capacidad resolutive, inventario y diagnóstico de personal de servicios de salud, abastecimiento de servicios de salud, exceso de mortalidad, otros servicios básicos, agua, electricidad, saneamiento, transporte, otros, recuperación apoyo psicológico, planes de recuperación, etapa post pandémica.

7.5.1.- Respuesta de los servicios de salud

Cada unidad de salud debe tener elaborado un Plan de Contingencia que dará respuesta a cualquier evento adverso el cual deberá revisarse ajustándolo a la probable pandemia de influenza, iniciando su ejecución de manera inmediata en base al sistema de alerta, estableciendo las líneas de coordinación y comunicación intra e intersectorial.

Cada región sanitaria debe contar con un inventario actualizado de las unidades de salud, públicas y privadas e identificar unidades adicionales en la comunidad donde se pueda brindar servicios de salud, se hará:

- La divulgación de todos los instrumentos del sistema de información necesarios para la pandemia de la Influenza.
- Capacitación al personal de salud sobre aspectos clínicos y manejo de pacientes.
- Reactivación u organización del Comité de infecciones de cada unidad de salud.
- Asegurar los suministros para la toma de muestra.
- Identificar posibles centros de atención de pacientes como por ejemplo: escuelas, iglesias, centros comunales y otros que reúnan condiciones para el manejo de los pacientes.

7.5.2.- Traslado de casos a los hospitales de referencia

Durante la pandemia del 2009 La Secretaría de Salud designó varios hospitales de referencia en sitios estratégicos ante la aparición de casos importados de Influenza (Instituto Nacional Cardiopulmonar, Hospital Mario Catarino Rivas, Hospital Regional del Sur, Hospital de Occidente, Hospital Regional Atlántida, Hospital de Roatán, Hospital de Puerto Cortés). Actualmente todos los hospitales de la red tanto pública como privada están debidamente habilitados para el aislamiento y capacitados en el manejo oportuno de pacientes bajo condiciones mínimas de bioseguridad en el caso de desarrollarse focos de transmisión local de Influenza.

- Inmediatamente que se detecte un caso sospechoso debe colocársele la respectiva Mascarilla.
- Se deberá coordinar con el hospital de referencia, para que estén atentos a la llegada del paciente.
- Las ambulancias para el traslado deberán contar con equipo de seguridad (mascarilla, Guantes, etc.) que deberán usar durante el traslado del paciente.
- Después del traslado la ambulancia deberá ser desinfectada, para esto utilizar cloro al 5.25%. (Anexo no.- 10.Guia de traslado de pacientes con sospechosos de Influenza)

Nivel hospitalario:

Todos los hospitales del país deberán elaborar el flujograma de manejo de los pacientes en el hospital, en el que se debe considerar el área donde se realizará el triaje o filtro de los pacientes, que puede ser las salas de espera o emergencia, posteriormente se debe identificar un área de evaluación de los casos que presente los síntomas como tos o fiebre para posteriormente definir si es hospitalizado o no:

- Todos los hospitales del país deberán disponer de una sala o de un espacio físico de aislamiento respiratorio, dotada de los insumos necesarios para valorar los casos sospechosos que le sean referidos, bajo estrictas condiciones de bioseguridad. De ser posible se sugiere que sean recintos de presión negativa con puerta cerrada o cuartos privados con su propio baño. Evitar las salas con sistemas de ventilación central.

- El apagar el aire acondicionado y abrir ventanas para promover la buena ventilación es recomendado si el suministro de aire independiente no es posible. Se recomienda el separar a los pacientes diagnosticados con influenza de los pacientes bajo evaluación e investigación.
- Ubicar al paciente en el área de aislamiento respiratorio y colocarle una mascarilla N95, siempre que la condición del paciente así lo permita, hasta que se descarte como caso sospechoso.

Otros Servicios Básicos

Cada región sanitaria deberá establecer alternativas de recurso humano para la atención en caso que el personal de salud sea insuficiente o no esté disponible, además se debe desarrollar un plan de capacitación dirigido a este tipo de personal.

Durante la pandemia, es de esperar que un número importante de personas que participan en las diferentes fases de la pandemia, y que pertenecen a servicios básicos como ENEE, SANAA, HIONDUTEL, Transporte, Bomberos, Cruz Roja y de comercialización de alimentos, se infecten con el virus, lo cual causaría una alteración en de los servicios de salud, así como la producción, compra o adquisición, almacenamiento y distribución de alimentos, insumos y suministros.

Por lo anterior, es necesario que se dé a conocer la gran importancia de las actividades de prevención farmacológicas y no farmacológicas, así como el uso racional de los recursos (como alimentos, agua y otros), puesto que su uso desmedido o incluso usual, puede llevar a una escasez precoz y un aumento de la problemática social que la pandemia puede ocasionar.

Se recomienda a instituciones gubernamentales, públicas y privadas a los centros educativos y de diversa índole que deben contar con un plan de contingencia para el uso racional de recursos como: electricidad, gas, agua, combustibles, transporte, alimentos de uso regular, alimentos varios, especialmente los perecederos, medicamentos de uso frecuente. La población en general debe seguir estas mismas medidas.

Los gobiernos municipales deben contar también con un plan de contingencia que incluya la recolección de basura, puesto que los encargados de la recolección de la misma pueden enfermar lo que dificultaría este proceso.

7.6 .- INVESTIGACION Y EVALUACION

Con el objeto de monitorear y evaluar el plan será diseñado un plan de monitoreo y evaluación con indicadores para cada una de las fases en los diferentes componentes. Este proceso de carácter permanente, permitirá hacer los ajustes pertinentes en cada una de las diferentes fases acorde al escenario epidemiológico del momento.

Se evaluará la repercusión de la pandemia, por medio de tasas de morbilidad, mortalidad, letalidad e ingresos hospitalarios. Serán evaluadas la eficacia de las medidas de salud pública adoptadas para controlar la pandemia; la eficacia real de la vacuna contra la cepa pandémica; eficacia real de los medicamentos antiviricos en tiempo de pandemia y de repercusión económica de la misma.

Se mantendrá la vigilancia epidemiológica y de laboratorio y el envío de muestras a través de los sitios centinelas y de otros que se considere necesario para la tipificación antigénica del virus. Al fin de la primera ola pandémica se restablecerá la vigilancia intensificada para la detección precoz de la siguiente ola.

Deberán realizarse evaluaciones sobre las repercusiones psicológicas del personal de salud y la población.

Se evaluarán las estrategias para la recuperación y el descanso del personal de salud, además se realizarán las revisiones y actualizaciones de normas, protocolos y algoritmos. Se revisará y gestionará el reaprovisionamiento de medicamentos e insumos; se mantendrán niveles de alerta en los diferentes grupos de trabajo.

El gobierno gestionará la adquisición de la vacuna con la cepa pandémica en caso que estuviera disponible.

Se elaborará un informe con las medidas adoptadas, lecciones aprendidas y las recomendaciones para futuras pandemias. Asimismo se prepara un reporte para la respectiva publicación.

7.7 .- IMPLEMENTACION DEL PLAN

Se elaborarán indicadores, metas de progreso que permitirán evaluar la ejecución del plan, así también para realizar las diferentes modificaciones que el plan amerite según el grado de implementación. Se realizarán ejercicios de simulación de manera que permitan identificar las fortalezas y debilidades del mismo, realizando los ajustes necesarios de acuerdo a los resultados obtenidos.

Se elaborará el cronograma para facilitar la ejecución de actividades por componente, en cada nivel de responsabilidades.

COMPONENTE: IMPLEMENTACION DEL PLAN	
OBJETIVOS :	ACTIVIDADES:
1.- Determinar resultados según periodos del plan Antipandémica	<p>1.- Revisión del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> .- semestral durante las fases Interpandémico. .- trimestral durante las fases de alerta pandémica .- mensual durante la fase pandémica .- inmediata inicio de la fase postpandémica <p>2.- Desarrollar simulacros de Implementación del plan Antipandémica a todos los niveles</p> <ul style="list-style-type: none"> .- simulacros nacionales una vez por año. .- Simulacros regiones al menos dos veces por año durante fases Interpandémico <p>3.- Revisar y realizar modificaciones del plan Antipandémica nacional en periodos de interpandemia una vez por año, incluyendo, los planes de emergencia nacionales y regionales elaborados , incluidos los canales de dirección para la ejecución de los mismos por parte del comité Antipandemia</p>

COMPONENTE	FASE	INDICADOR	RESULTADO
1.- ORGANIZACIÓN Y CONTROL	I	<p>1.- Conformación del comité nacional Antipandémica de influenza</p> <p>2.- Elaboración del plan nacional de preparación respuesta y mitigación en situación de pandemia de influenza</p> <p>3.- Planes anti pandémicos regionales elaborados y aprobados</p>	<p>1.- Comité nacional Antipandémica conformado y reuniéndose</p> <p>2.- Plan nacional de preparación y respuesta y mitigación en situación de pandemia aprobado y publicado en página OMS.</p> <p>3.- 20 planes anti pandémicos regionales elaborados</p>
	II	1.- Personal técnico del nivel central involucrado en los planes de respuesta a la pandemia de influenza capacitados en la temática de abordaje a la influenza	1.- Al menos 90% del personal técnico del nivel central involucrados en las actividades de respuesta a la pandemia de influenza capacitado
	III	1.- Equipos de alerta respuesta nacionales y regionales conformados	1.- Al menos 3 equipos nacionales y un equipo por cada una de las regiones sanitarias conformado y capacitado en manejo de brotes
	V	1.- Número de informes de progreso de la pandemia por semana epidemiológica enviados a la OMS	1.- 100% de informe semanales de progresión de la pandemia recibidos por parte de la OMS.

	VI	1.- Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan Antipandémica en base a las actividades programadas	80% de cumplimiento
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	I	1.- Porcentaje de entrega correcta de informes por semanas epidemiológicas semanales de las unidades centinelas 2.- Informes analizados por semanas epidemiológicas del comportamiento de las ETI e IRAG elaborados por las unidades centinela.	1.- 100% de informes semanales entregados a la DGVS. 2.- 100% de informes elaborados y analizados
	II	1.- Conformación de equipos de alerta respuesta nacionales	1.- Al menos 3 equipos nacionales de alerta respuesta conformados y capacitados. 2.- Al menos 1 equipo de alerta respuesta por región departamentales conformado y capacitado
	III	1.- Definidos los protocolos y algoritmos para la vigilancia intensificada 2.- Actividades de país para cumplimiento de RSI desarrolladas	1.- 90% del personal de salud de las regiones departamentales capacitados en protocolos y algoritmos de la vi. 2.- 100% de cumplimiento de las actividades de país de cumplimiento del RSI.
	IV	1.- Personal de los servicios de salud informando sobre brotes de influenza	1.- 100% de los brotes detectados cuentan con su informe respectivo en los servicios de salud.
	V	1.- Personal de los servicios de salud informando sobre brotes de influenza	1.- 100% de los brotes detectados cuentan con su informe respectivo en los servicios de salud.
	VI	1.- Informes diarios de monitoreo de morbilidad y mortalidad por IRAG elaborados y analizados en las regiones.	1.- DGVS cuenta con reportes diarios de morbilidad y mortalidad por IRAG.
	VII	Ídem que fase i	
MANEJO DE CASOS	I	1.- Personal de salud de las unidades centinelas hace manejo adecuado de protocolos de casos de ETI e IRAG. 2.- Personal de laboratorio central ha sido capacitado para diagnóstico etiológico de influenza detectada	1.- 100% de personal de las unidades centinelas seleccionados. 2.- Laboratorio cuenta con tecnología para diagnóstico de influenza humana novel

	II	1.- Laboratorio informa de manera permanente etiológica de virus circulante en el país.	1.- DGVS cuenta con el 100% de informe de diagnóstico etiológico de virus de influenza proporcionados por laboratorio.
	III	1.- Personal de las regiones departamentales maneja protocolos y algoritmos para la vigilancia intensificada 2.- Servicios de salud ambulatorios y hospitalarios cuentan con plan de contingencia para atención de casos de influenza 3.- Personal de los servicios de salud y laboratorio a nivel nacional han sido capacitados en técnica de toma, procesamiento y transporte de muestras para influenza 4.- Personal de salud cuenta ha sido capacitado de técnicas y procedimientos de protección de infecciones por influenza	1.- 100% de personal de servicios conoce protocolos y algoritmos de vigilancia intensificada 2.- al menos 90% de cuentan con plan de contingencia 3.- 100% del personal de los servicios de salud y técnicos de laboratorio conocen procedimiento para toma, procesamiento y transporte de muestras de influenza 4.- 100% del personal de salud ha sido capacitado
	IV	ídem anterior	
	V	1.- Implementar pautas de triaje en hospitales y servicios de salud ambulatorios 2.- Personal de salud de hospital ha sido capacitado en lineamientos para el tratamiento de casos de influenza grave según recomendaciones de OMS	1.- 100% de hospitales cuentan con procedimientos de triaje 2.- Hospitales aplican normas de tratamiento de influenza según recomendaciones de OMS.
	VI	1.- Fortalecimiento de la capacidades hospitalarias para el manejo del 100% de los casos de influenza graves	1.- 100% de casos de influenza graves son atendidos por hospitales.
	VII		
CONTENCION POBLACIONAL	I	1.- Plan de medidas de contención no farmacológicas conforme a lineamientos de la OMS, para los servicios de salud, comunidad, público en general y lugares de concentración 2.- Adecuar las leyes y regl amentación para obtener autoridad jurídica para el desarrollo de las intervenciones necesarias de contención no farmacológicas	1.- Plan de medidas de contención no farmacológicas elaborados por el país 2.- Ley general de salud revisada y readeuada para implementar medidas de contención poblacional

	II	1.- Campaña de comunicación para prevención de infección animal desarrollada	1.- Campaña de comunicación para prevención de infección animal implementándose en grupos de riesgo.
	III	1.- Ejecutar el plan de comunicación de riesgo a la población sobre medidas de higiene generales	1.- Plan de comunicación sobre medidas generales de protección implementado en medios de comunicación
	IV	1.- Servicios de salud hospitalarios cuentan con los insumos necesarios para la implementación de medidas de control de infecciones	1.- 100% de hospitales con inventarios de insumos de protección adecuado.
	V	1.- Intensificación de mensajes de contención se ha incrementado a nivel nacional	1.- 10% de incremento en resultados de monitoreo de audiencia con respecto al monitoreo anterior
	VI	1.- Ídem anterior 2.- Lineamientos para la aplicación de vacunas Antipandémica elaborados	2.- Existen grupos prioritarios definidos para la aplicación de vacuna Antipandémica
PLAN DE COMUNICACION	I	1.- Pautas de comunicación de riesgos relacionada con la prevención de la influenza, tomando como base los lineamientos existentes de la OMS elaborados	1.- Definidos grupos de audiencias para pautas de comunicación
	II	1.- Líneas de internet y telefónica para comunicación de riesgo de influenza	1.- Existe sitio web y línea telefónica de comunicación para población
	III	1.- Población cuenta con información de plan de comunicación de comportamiento de pandemia	1.- 100 % de población cuenta con información sobre comportamiento de pandemia
	V	1.- Establecer mensajes diarios sobre comportamiento de pandemia y medidas de contención generales y uso de los servicios de salud oportunamente, signos de riesgo en medios hablados, escritos y tv	1.- Monitoreo de medios confirma mensajes diarios de contencion poblacional
	VI	ídem anterior	

7.8.- INTERFASE HUMANA – ANIMAL

Nota: (En este documento se ha incorporado aquellas actividades más relevantes de la interface humana animal, sin embargo la SAG ha elaborado todo un documento más completo sobre este componente que puede y debe ser consultado para mayor información sobre el tema.)

7.8.1.- Vigilancia animal

La influenza animal es una enfermedad que se presenta en las aves y los cerdos.

La influenza aviar es una enfermedad de las aves, que de acuerdo al Código de Animales Terrestres de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) en su forma de alta patogenicidad o cualquier virus de Influenza de tipo A perteneciente al subtipo H5 y H7 o que cumpla con el índice de patogenicidad establecido por la OIE es de declaración obligatoria. La prevención de la Influenza Aviar o porcina debe estar sustentada en la aplicación de medidas estrictas de bioseguridad, vigilancia epidemiológica y principalmente en el cumplimiento de las disposiciones legales que regulan al Programa Avícola Nacional.

La influenza porcina es una enfermedad que afecta a los cerdos, los virus clásicos de la influenza en los cerdos son los virus de la influenza A, siendo los subtipos más comunes H1N1, H1N2 y H3N2. La influenza clásica porcina es común en América del Norte y América del Sur, Europa y partes de Asia. Sin embargo la mal llamada fiebre porcina que se refiere al virus AH1N1 que afecta a los humanos, no ha sido posible hasta la fecha encontrar un vínculo entre los casos porcinos y humanos, en tanto que la transmisión de humano a humano es evidente.

En este componente se definen las medidas para el control y eliminación de un foco o brote de influenza animal (aviar o porcina) en nuestro territorio nacional y las actividades a realizar con el objetivo de impedir la transmisión de la enfermedad de los animales a los humanos. Establece, además los mecanismos de coordinación para la notificación de casos, tanto aviares como humanos; la investigación conjunta en todos los niveles de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Agricultura y Ganadería, así como las medidas de prevención y control a implementar.

La producción avícola y porcina en el país es regulada por el servicio nacional de sanidad agropecuaria (SENASA). Toda nueva operación avícola o porcina debe pasar por el proceso de aprobación y certificación interna. Las explotaciones avícolas y porcinas deben cumplir requisitos de bioseguridad, medio ambiente y salud para poder operar.

En Honduras se realiza vigilancia epidemiológica de la Influenza aviar y porcina bajo la responsabilidad del departamento de epidemiología, dependencia de el Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria (SENASA), el cual ha consistido en la toma de muestras a nivel de granjas, mataderos, animales de traspatio y combate, ha enfatizado en la importancia en elevar la bioseguridad en granjas comerciales y tecnificadas.

El plan nacional para la prevención, detección temprana, control y erradicación de influenza aviar y porcina contempla responsabilidades y procedimientos para el control y erradicación de la influenza animal en cualquiera de sus manifestaciones para ser implementado por el Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria en coordinación con otras dependencias del estado,

productores, importadores, criadores de aves y cerdos, importadores, criadores de aves de combate, incubadoras, plantas de proceso, rastros, mataderos, plantas de alimento, instituciones académicas, instituciones no gubernamentales y asociaciones.

Es fundamental que las organizaciones que se dedican a la cría de cerdos y aves, los médicos veterinarios privados, técnicos avícolas, los transportistas, rastros y/o empacadoras de productos de origen porcina, avícola, Secretaria de Salud, Secretaria de Seguridad, Corporaciones Municipales y autoridades en general, conozcan y participen activamente en la ejecución de este Plan de Emergencia.

La implementación del plan está amparado bajo el marco legal de la Ley Fito zoosanitaria decreto No. 157-94, el reglamento de cuarentena agropecuaria acuerdo No 1678-97, la resolución ministerial sobre influenza aviar No. 1419-00, el Grupo Ejecutor de Emergencia ante la Presencia de un Brote de Influenza aviar (GEPEEIA).

7.8.2.- Sistema de prevención para evitar la introducción de la influenza aviar y porcina al país.

El servicio nacional de sanidad agropecuaria (SENASA) tiene la responsabilidad de certificar los países elegibles para la importación legal de productos y subproductos avícolas y porcinos al país como también es el ente emisor de los permisos zoosanitario de importación y exportación de los mismos.

El servicio nacional sanidad agropecuaria (SENASA) a través de un convenio delega en el Organismo Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA) la responsabilidad del procedimiento de inspección en los aeropuertos internacionales, puertos marítimos y fronteras terrestres.

El OIRSA a través del servicio de protección agropecuaria (SEPA) son los responsables de ejecutar las acciones de prevención en los diferentes puntos de entrada al país. El servicio de protección agropecuaria (SEPA) cuenta con 50 profesionales, médicos veterinarios e ingenieros agrónomos en los diferentes puestos de control que son capacitados y evaluados continuamente.

El servicio de protección agropecuaria en conjunto con las autoridades del servicio nacional de sanidad agropecuaria (SENASA) entrena e involucran continuamente a las autoridades de la dirección ejecutiva de ingresos (DEI) en las acciones de prevención.

7.8.3.- Medidas de bioseguridad

Las medidas de bioseguridad son la base para la producción avícola y porcícola tecnificada y esta toma mayor importancia en áreas donde también se explotan aves (que conviven con aves

silvestres migratorias) y cerdos de traspatio. Las aves y cerdos de traspatio que son criadas sin ningún control constituyen uno de los mayores riesgos para la avicultura y porcicultura comercial y tecnificada, por lo tanto los procedimientos de bioseguridad deben implementarse en los diferentes tipos de explotaciones en todo el país.

7.8.4.- Sistema de vigilancia

La vigilancia de enfermedades es una herramienta para la acción, pero a pesar del aumento de actividades de vigilancia de cerdos y aves, especialmente en Europa y América del Norte, con relación a los virus de influenza, existen muchos países en el mundo donde los sistemas de vigilancia no tienen suficiente capacidad instaurada para proporcionar información precisa sobre la extensión y evolución de la circulación del virus de influenza para implementar medidas apropiadas de intervención y no se le asigna la prioridad a las infecciones del virus de la influenza, comparada con los otros problemas de salud de animales y salud pública.

Actualmente, se trabaja en el desarrollo de directrices y estrategias para hacer frente a esta enfermedad en porcinos. Sin embargo, se tiene conocimiento que una proporción significativa de las granjas industriales de aves y cerdos alrededor del mundo aplica la vacunación como una estrategia para controlar la enfermedad clínica causada por los virus clásicos de influenza aviar y porcina. Aunque en la actualidad la influenza porcina no es una enfermedad de declaración obligatoria de acuerdo con las leyes a nivel nacional, la mayoría de los países o de la comunidad internacional deben reportar (también a la OIE) todo evento excepcional epidemiológico relacionado con la ocurrencia del virus porcino pandémico H1N1/2009 o de otras especies.

En algunos países las autoridades y productores de cerdos han comenzado la vigilancia de rutina para detectar la presencia del virus pandémico H1N1/2009 y completar las actividades regulares de vigilancia para detectar el síndrome respiratorio y reproductivo porcino (SRRP) para facilitar la detección temprana o identificar cualquier cambio en la prevalencia de enfermedades que ocurren.

Se necesita promover la adaptación de esquemas de vigilancia de las enfermedades para diferentes sistemas de producción de cerdos, especialmente la vigilancia de enfermedades seleccionando los productores de traspatios o pequeños productores de cerdos, en particular en los países en desarrollo. La vigilancia a este nivel debe incluir la participación activa de las comunidades locales y de productores para que notifiquen activamente los casos de enfermedades respiratorias en cerdos.

El programa de vigilancia epidemiológica nacional se realiza de dos formas: una vigilancia activa realizada por el Médico Veterinario del SENASA y las brigadas técnicas de campo en las diferentes explotaciones avícolas (granjas de reproductoras, granjas de postura comercial, criaderos de aves de combate, criaderos de aves de ornato) y porcinas (granjas y traspatio) y una Vigilancia Pasiva en plantas de proceso, rastros y mataderos, realizada por el Médico Veterinario inspector oficial responsable.

En la vigilancia de la influenza aviar y porcina se incorpora el personal de las unidades de salud de la Secretaría de Salud quienes notificaran al nivel regional del Servicio Nacional de Sanidad agropecuaria cualquier evento que se presente de morbi-mortalidad en aves y cerdos tanto domésticos como silvestres, así mismo se incorporan al equipo que realizara las investigaciones y aplicación de medidas de prevención y control.

7.8.5.- Diagnóstico

Como los cambios patológicos no están determinados por la enfermedad, el diagnóstico necesita ser confirmado por el aislamiento del virus y las características demostradas por el virus, hay que realizar la diferenciación de infecciones por bacterias y particularmente identificar infecciones mixtas con virus de baja patogenicidad de Influenza.

El diagnóstico de la infección con el virus de influenza, se demuestra de manera concluyente, por medio del aislamiento e identificación del virus, pero la detección de anticuerpos al virus es una herramienta diagnóstica indirecta muy valiosa.

En la actualidad las pruebas serológicas no diferencian entre las cepas del H1N1, por lo consiguiente, la detección de anticuerpos usando la serología tiene poco valor para la vigilancia cuando se considera que los virus de la influenza pertenecen al subtipo H1N1 son comunes en la poblaciones porcinas y la vacuna contra los virus de la influenza porcina se basa en vacunas inactivadas de H1N1 (H3N2 en Europa). Por estas razones, la serología positiva para H1N1 no se debe usar como único indicador de infección previa con el virus de influenza pandémica H1N1/2009. Se puede usar la serología en las explotaciones donde no se ha vacunado contra la influenza porcina para detectar la seroconversión de la infección posterior (aumento significativo de la titulación de anticuerpos contra el mismo antígeno en intervalos de 3-4 semanas) cuando se sospecha que existe una infección si se usa en conjunto con otros métodos de análisis para confirmar la presencia del virus.

Para la vigilancia, en la actualidad se prefiere emplear las pruebas virológicas sobre las serológicas por las razones antes descritas. Las técnicas de aislar el virus con pruebas moleculares son las opciones más sensibles y específicas para detectar el virus de la influenza pandémica H1N1/2009 en cerdos; sin embargo desde julio de 2009 no hay disponibilidad del protocolo estandarizado para laboratorios veterinarios. Idealmente, los nuevos protocolos deberían permitir la diferenciación entre el virus clásico de la influenza porcina (H1N1, H1N2 y H3N2) y el virus de la influenza pandémica H1N1/2009. Mientras que se llevan a cabo acciones continuas de investigaciones y desarrollo, la red científica mundial OIE/FAO de la lucha contra la influenza animal con laboratorios de referencia internacional, OFFLU ofrece una lista de laboratorios de referencia, una prueba algorítmica y recomendaciones técnicas para recolección y envío de muestras (www.oie.int "Detection of influenza in swine").

La secuenciación molecular del gen HA es actualmente la mejor confirmación definitiva del

virus de la influenza pandémica H1N1/2009. Ya que se han modificado y desarrollado varias pruebas moleculares diferentes hace apenas unos meses para detectar la influenza porcina, el subtipo H1, la diferenciación entre las cepas clásicas y pandémicas H1N1/2009 se recomienda firmemente consultar un laboratorio de referencia de la influenza para el desarrollo de protocolos de región específica (www.offlu.net: "Pandemia H1N1 List of Diagnostic Laboratories"); . Además se deben tomar en cuenta las capacidades de efectuar el análisis en laboratorios nacionales cuando se diseña el plan de vigilancia (es decir que las pruebas se pueden llevar a cabo por laboratorios nacionales/provinciales, y el flujo de las muestras por semana) para asegurarse que exista disponibilidad de recursos adecuados para llevar a cabo las pruebas.

1.- Muestras para diagnóstico de laboratorio

1.1 Para identificación del agente

En el caso de cerdos la muestra de elección es el hisopado nasal utilizando medio de transporte.

Las muestras tomadas de aves muertas deben incluir contenido intestinal (heces) o hisopados cloacales y oro faríngeos.

Las muestras de aves vivas deben incluir ambos hisopados traqueales y cloacales. En el caso de aves pequeñas pueden tomarse hisopados o coleccionar heces frescas y húmedas.

Las muestras deben ser colocadas en buffer salina fosfatada (PBS) pH 7.0-7.4, conteniendo antibiótico penicilina 200 U/ml, estreptomina 2mg/ml, gentamicina 50 mcg/ml, micostatina 1000 U/ ml para hisopados traqueales. Para heces e hisopados traqueales se usa cinco veces mas concentrada. Es importante ajustar el pH de la solución después de añadir los antibióticos.

La identificación del agente dependerá de la calidad de la muestra, condiciones de transporte y almacenamiento antes de procesarlas. Enviar las muestras refrigeradas en el menor tiempo posible. (menor de 24 horas)

1.2 Técnicas de Diagnóstico de Influenza

- RT-PCR TIEMPO REAL
- Aislamiento e identificación viral

Confirmación de la influenza

Cuando las pruebas realizadas en el laboratorio de diagnostico del SENASA, resultan positivas

al aislamiento viral para Influenza Aviar:

1. El Jefe del laboratorio notifica al Jefe de Epidemiología y el a su vez, notifica al sub. Director técnico de Salud Animal; quien notifica al Director del GEPEEIA,(Director SENASA) y éste al presidente del Grupo Ejecutor Permanente de Emergencia de la Enfermedad Influenza Aviar (GEPEEIA)(Ministro de Agricultura y Ganadería), y el a su vez al Presidente de la República.
2. El Jefe de Epidemiología solicita al Sub. Director técnico de Salud Animal, la activación del GEEPEIA, quien a su vez convoca a dicho grupo.
3. El sub. Director técnico de Salud Animal solicita al presidente del GEEPEIA que active el plan de emergencia.
4. El ministro de Agricultura y Ganadería en su condición de presidente del GEPEEIA activa el plan de emergencia, y envía la solicitud al presidente de la Republica la promulgación del decreto presidencial para que se declare el estado de emergencia.
5. El Jefe de Epidemiología informa a la Organización internacional Epizootia (OIE), sobre la confirmación de la Influenza Aviar, considerando la siguiente información:

Fecha de notificación de la enfermedad, población susceptible, número de animales enfermos, número de muertos, número de animales sacrificados, destruidos; laboratorio que realizó el diagnóstico, prueba de diagnóstico utilizada; medidas de control aplicadas.
6. El Jefe de Operaciones de Campo del GEPEEIA convoca inmediatamente a una reunión de emergencia en la ciudad o población más cercana al brote a los miembros del GEPEEIA para establecer las prioridades.
7. Establecer la cuarentena definitiva con la respectiva delimitación de las áreas focal, perifocal y tampón.

Laboratorios de Referencia:

Se puede remitir a un laboratorio de referencia, un grupo similar de muestras, para diagnóstico, conjuntamente con cualquier virus aislado. Las muestras de tejido, no preservado, deberán enviarse en un recipiente hermético con hielo seco.

WEYBRIDGE, Reino Unido/New Haw Addlestone, Surrey KT15 3NB.

U.K. Tel.: (44.1932) 341-111. Fax: (44.1932) 347-046.

E-mail: d.alexander@vla.maff.gsi.gov.uk

National Veterinary Services Laboratories. P.O Box ~~87~~ Ames.

IA, 50010, USA.

Tel. (1.515) 663-7551. Fax: (1.515) 663-7348

E-mail: brindaban.panigrahy@aphis.usda.gov

7.8.6.- Medidas de prevención y Control

7.8.7.- Acciones en el área focal:

Esta comprende el predio en donde se encuentran los cerdos y aves enfermas y todos los predios que se encuentren dentro de un radio de un kilómetro alrededor de este. Pueden excluirse del área focal todo grupo de animales (aves y cerdos) o predios vecinos que no hayan tenido contacto directo o indirecto tres semanas antes con la (las) parvadas enfermas o separadas físicamente por barreras naturales de consideración. Esto puede suceder cuando se trata de grandes establecimientos que poseen instalaciones bajo condiciones de manejo independiente, medidas de bioseguridad estrictas, esta posibilidad debe ser considerada con mucha atención siempre que no afecte el aspecto sanitario, esta acción debe ir acompañada de medidas que contribuyan a disminuir el riesgo de contagio.

7.8.8.- Acciones en el área perifocal

Es un área de protección con un radio mínimo de tres kilómetros a partir del área focal, considerando que su tamaño puede variar de acuerdo a las barreras naturales existentes. Se realizará la ubicación de puestos de control de movimiento de cerdos, aves, productos y subproductos en todas las vías de comunicación de esta área.

7.8.9.- Inspección clínica y rastreo epidemiológico.

Las parvadas con serología y PCR positivas se eliminan y se establecen nuevas áreas de protección.

Toma de muestras serológicas, hisopados cloacales y traqueales en forma representativa de todos los cerdos y aves ubicadas en esta área, se realiza un censo poblacional e inventario de productos y subproductos avícolas y porcícolas.

En esta área todas las granjas existentes deberán cumplir obligatoriamente con las medidas de bioseguridad requeridas por El SENASA para el funcionamiento de las granjas.

La decisión de implementar la vacunación de esta área quedará bajo la responsabilidad de la comisión técnica avícola.

7.8.10.- Acciones en área Tampón

Es una zona de vigilancia con un radio mínimo de ocho kilómetros a partir de del área perifocal, el tamaño puede variar de acuerdo a las barreras naturales.

7.8.11.- Avalúo

Deben ser valuadas los cerdos y aves, productos y materiales que serán destruidos a causa de haber estado expuestos al virus o que hayan sido contaminados por el agente etiológico, sin que sea posible su desinfección, se conformara un equipo técnico para el avalúo que está integrado por el propietario del predio infectado, representante de SENASA, y representante de FEDAVIH.

7.8.12.- Despoblación

La despoblación comprende el sacrificio y destrucción de las aves infectadas y materiales contaminados que por su naturaleza se imposibilita la limpieza y desinfección, esta medida solo aplica para aves.

7.8.13.- Limpieza y desinfección

El personal que tendrá baja su responsabilidad la ejecución de las actividades de limpieza debe de estar aprobado por el SENASA para esta labor.

La cantidad de personas dependerá del tamaño de la explotación, del área y de las condiciones sanitarias. Se debe utilizar el número de equipos de desinfección que sean necesarios. Cada cuadrilla será supervisada por el jefe del equipo de limpieza y desinfección. Deberá utilizarse equipo de protección personal. No se permite el uso de ropa de calle en los predios infectados y al final de la jornada de trabajo, todas las ropas deben ser desinfectadas y incineradas de manera supervisada dentro del predio.

7.8.14.- Centinelización

Después de haber cumplido el vació sanitario, la verificación de la ausencia de actividad viral se debe realizar mediante el repoblación de cerdos y aves susceptibles y negativas a Influenza de acuerdo al procedimiento oficial.

7.8.15.- Vigilancia epidemiológica

Debe darse seguimiento a través de muestreo en cerdos y pollos de engorde, aves reproductoras pesadas y livianas o de postura comercial

7.8.16.-Vacunación

La vacunación es otra herramienta para el control y posterior erradicación que deberá de considerarse de acuerdo al comportamiento epidemiológico que adquiera la enfermedad en el país. Esta decisión deberá de tomarse en conjunto con las autoridades del SENASA y la Comisión Técnica Avícola Nacional. Se debe analizar si las medidas de sacrificio controlan los brotes o existe la necesidad de utilizar también la vacunación como medida complementaria. El uso de la vacuna tiene como objetivo principal evitar sacrificar granjas que no están infectadas pero por su cercanía o relación epidemiológica de las infectadas corren el riesgo de contraer la enfermedad y de esta manera se evita el sacrificio preventivo.

7.8.17.- Componente: Información, educación y comunicación

Este componente tiene como propósito informar y promocionar actitudes y prácticas consecuentes con los comportamientos de prevención y auto cuidado individual, familiar y social, ante la enfermedad de la influenza. El mismo está basado en tres momentos de comunicación (1, 2, 3) de acuerdo a la fase de la pandemia que estén ocurriendo. Define a su vez, identificados voceros, interlocutores y portavoces para cada momento de comunicación.

La Secretaría de salud llevará a cabo acciones de comunicación y movilización social, que permitan limitar y mitigar los daños a la salud, en casos probables y /o confirmados de influenza, para evitar la diseminación de la enfermedad entre la población hondureña.

En este sentido se hace necesario informar y educar a la población en aspectos básicos relacionados con esta enfermedad, orientando de manera clara y veraz a la población y a las instituciones, de manera tal que se reduzca la ansiedad y se fortalezcan las acciones encaminadas a la protección de la salud, mediante una estrategia de comunicación y movilización social en el ámbito nacional (anexo Estrategia Nacional de Información, Educación e Información ante una pandemia de influenza).

Comunicación interna

Las Secretarías de Salud y Agricultura, a través de sus directores generales de salud de la DGVS-SS y SENASA-SAG, serán los responsables de manejar la información oficial de los preparativos y actividades en todas las fases de la pandemia.

Si se trata de un caso de influenza en aves o cerdos el vocero será el Director General de SENASA y si es en humanos el será Director General de Vigilancia de la Salud.

De igual forma las otras instituciones que conforman la Comisión Nacional Antipandemia (CNA) deberán designar sus voceros para la comunicación de la información al interior de su institución.

Activación del Sistema Nacional de Emergencias

Una vez confirmado la pandemia de influenza, independientemente de la ocurrencia de casos en el país, la CNA a través de los secretarios de estado en los Despachos de Salud y de Agricultura, informará de la situación al Presidente de la República sugiriéndole que, mediante conferencia de prensa con cobertura nacional, anuncie la activación del Plan Nacional de Respuesta y Mitigación Antipandemia.

En el momento que se dé la alerta oficial de un brote de Influenza Aviar o porcina o alerta de Pandemia de Influenza, se activará la Comisión Permanente de Contingencias (COPECO), asumiendo la coordinación de las instituciones públicas y privadas para la ejecución de las medidas de prevención y control descritas en el presente plan.

7.9 .- PLAN DE INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

Este componente tiene como propósito informar y promocionar actitudes y prácticas consecuentes con los comportamientos de prevención y auto cuidado individual, familiar y social, ante la enfermedad de la influenza. El mismo está basado en tres momentos de comunicación (1, 2, 3) de acuerdo a la fase de la pandemia que estén ocurriendo. Define a su vez, identificados voceros, interlocutores y portavoces para cada momento de comunicación.

La Secretaría de salud llevará a cabo acciones de comunicación y movilización social, que permitan limitar y mitigar los daños a la salud, en casos probables y /o confirmados de influenza, para evitar la diseminación de la enfermedad entre la población hondureña.

En este sentido se hace necesario informar y educar a la población en aspectos básicos relacionados con esta enfermedad, orientando de manera clara y veraz a la población y a las instituciones, de manera tal que se reduzca la ansiedad y se fortalezcan las acciones encaminadas a la protección de la salud, mediante una estrategia de comunicación y movilización social en el ámbito nacional (anexo Estrategia Nacional de Información, Educación e Información ante una pandemia de influenza).

7.9.1.- Comunicación interna

Las Secretarías de Salud y Agricultura, a través de sus directores generales de salud de la DGVS-SS y SENASA-SAG, serán los responsables de manejar la información oficial de los preparativos y actividades en todas las fases de la pandemia.

Si se trata de un caso de influenza en aves o animal el vocero será el Director General de SENASA y si en humanos el será Director General de Vigilancia de la Salud.

De igual forma las otras instituciones que conforman la Comisión Nacional Antipandemia (CNA) deberán designar sus voceros para la comunicación de la información al interior de su institución

7.9.2.- Activación del Sistema Nacional de Emergencias

Una vez confirmado la pandemia de influenza, independientemente de la ocurrencia de casos en el país, la CNA a través de los secretarios de estado en los Despachos de Salud y de Agricultura, informará de la situación al Presidente de la República sugiriéndole que, mediante conferencia de prensa con cobertura nacional, anuncie la activación del Plan Nacional de Respuesta y Mitigación Antipandemia.

En el momento que se dé la alerta oficial de un brote de Influenza Aviar, animal o alerta de Pandemia

de Influenza, se activará la Comisión Permanente de Contingencias (COPECO), asumiendo la coordinación de las instituciones públicas y privadas para la ejecución de las medidas de prevención y control descritas en el presente plan.

7.9.3.-Objetivo general

La Estrategia será el instrumento rector que guíe tanto a autoridades nacionales, regionales y locales, como al sector privado para organizar y planificar las acciones de información, educación y comunicación hacia la población, preparándola adecuadamente para un posible brote de Influenza aviar, animal y/o pandémica.

7.9.4.-Objetivos específicos

- a.** Crear conciencia y reforzar el conocimiento en los empleados de las diferentes instituciones de gobierno, empresa privada, sociedad civil y organismos cooperantes sobre la influenza aviar y pandémica para una respuesta oportuna y eficiente.
- b.** Identificar y definir los canales de comunicación institucional pública (impresos, electrónicos e interpersonales).
- c.** Identificar y definir canales de comunicación en los niveles internacional, nacional, regional y local para difundir mensajes.
- d.** Diseñar, validar y reproducir material informativo necesario para cada fase de la estrategia y grupo meta identificado, tomando en cuenta la diversidad cultural.
- e.** Gestionar y movilizar recursos mediante alianzas estratégicas con medios de comunicación, empresa privada, entidades gubernamentales, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y sociales.
- f.** Desarrollar alianzas estratégicas con los gobiernos locales para el desarrollo de acciones de control y prevención en nivel regional, municipal y local, enfatizando en las zonas fronterizas.
- g.** Desarrollar alianzas estratégicas con los sectores agrícola, turismo y de transportes público y privado, para el desarrollo de las acciones de comunicación.
- h.** Desarrollar actividades de capacitación a los periodistas y otros comunicadores sociales que trabajan en medios masivos, para que brinden información a la población que sea relevante, apropiada, oportuna, actualizada, comprensible, precisa y oficial.
- i.** Establecer la comunicación de riesgo con los medios de comunicación de acuerdo al Plan de Preparación y Respuesta en situación de Pandemia de Influenza del país.

j. Actualizar, revisar y reproducir material informativo ya existente.

7.9.5.- Momentos para las acciones de comunicación:

Momento de comunicación I:

Acciones de información para sensibilización y de comunicación para educación y capacitación.

Momento de comunicación II:

Comunicación de crisis.

Momento de Comunicación III:

Acciones de comunicación destinadas a la orientación de la población para comenzar la nueva etapa.

Momento de comunicación I:

FASE II, Etapa III, Período Interpandémico, Alerta de Influenza Aviar o animal:

Preparación y planificación de las acciones dirigidas a informar, educar y comunicar a la población en general, de acuerdo a la actividad que desempeña cada institución, preparándola para el momento de crisis. Comprende todas las acciones de comunicación que se orientan a crear alianzas estratégicas, movilizar recursos, organizar movilización social, preparación de material y distribución de información, con énfasis en medidas de promoción, prevención y control (para personal de salud y otros sectores, población y medios de comunicación)

Intensificar los mensajes de promoción, prevención y control por medio de campañas de capacitación a la comunidad y a través de los medios de comunicación masivos. (Gestionando espacios gratuitos en algunos medios de comunicación locales).

Metas:

a. 100% de los funcionarios de gobierno tienen acceso oportuno a la información sobre la influenza aviar y pandemia de influenza.

b. Toda la población en los niveles nacional, regional y local, tiene acceso oportuno a información adecuada por diferentes medios masivos de información, institucionales, comunitarios e interpersonales.

c. 100% de los medios masivos de información nacionales, regionales y locales y agencias de prensa internacional sensibilizados y cuentan con información para orientar a la población adecuadamente.

d. 100% de los actores sociales claves movilizados y organizados para trabajar en acciones de comunicación y educación en los diferentes niveles.

Momento de comunicación II:

FASE III, Etapas 4, 5 y 6, Alerta Pandémica, Brote de Influenza Aviar o animal: Respuesta de comunicación ante la crisis de pandemia: En esta fase se deben intensificar mensajes en medios masivos y en los medios institucionales, en puntos estratégicos (supermercados, zonas fronterizas, aeropuertos, puertos, centros educativos e iglesias, otros). Plan de crisis (alta sensibilidad del manejo de la información sanitaria)

Metas:

- a.** Sistemas de Comunicación intra e interinstitucional activado y funcionando correctamente.
- b.** En ejecución el plan de comunicación a nivel internacional, nacional, regional y local de acuerdo a protocolo de manejo de información sanitaria en situación de crisis definido en este Plan de Preparación y Respuesta en situación de Influenza Aviar y Pandemia de Influenza.
- c.** 100% de los medios masivos de información involucrados y comprometidos con la difusión de mensajes veraces, claros, educativos y orientadores.
- d.** Toda la población en los diferentes niveles nacional, regional y local, tienen acceso a la información por diferentes medios masivos, institucionales, comunitarios e interpersonales por lo que actúa de acuerdo a la situación de riesgo real.

Momento de comunicación III:

Fase IV, Etapa 7, Pos-pandemia, Post-brote de influenza aviar o animal: Evaluación y redefinición de la respuesta de comunicación: Mantener informados a los medios de comunicación y demás actores sociales sobre el estado de situación de la pandemia y preparativos para la nueva fase.

Evaluación de las acciones de comunicación para mejorar la estrategia hacia la siguiente etapa.

Informar y orientar a la población con énfasis en el acatamiento de medidas de salud pública.

Metas:

- a.** 100% de los funcionarios de salud y de otros sectores internacionales y nacionales tienen acceso oportuno a la información sobre la influenza aviar o animal y pandemia de influenza y las medidas de salud pública.
- b.** 100% de los medios de comunicación y demás actores sociales involucrados en la estrategia de comunicación, tienen acceso oportuno a la información sobre el estado de situación del brote de influenza aviar y pandémica y de las medidas de salud pública.

c. La población en los diferentes niveles, nacional, regional y local, tiene acceso a la información sobre la pandemia de influenza y las medidas de salud pública, por diferentes medios de comunicación masivos, institucionales, comunitarios e interpersonales.

7.9.6.- Interlocutores Identificados – Grupos Meta

A continuación, se presentan los interlocutores identificados, o grupos meta, quienes serán los sujetos de esta estrategia de información, comunicación y educación.

a.- Productores de traspatio o artesanales: que son productores rurales o urbanos que crían aves para autoconsumo y/o subsistencia: cajas rurales, bancos comunales, grupo de mujeres productoras

b.- Productores medianos: son aquellos productores dedicados a la producción de aves para la distribución en mercados y comercios y que cuentan con personal dedicado al manejo de la granja: Asociación Nacional de Avicultores de Honduras (ANAVIH), Federación Nacional de Avicultores de Honduras (FENAVIH) † Productores industrializados: productores avícolas cuya producción está destinada a proveer a los mercados mayoristas y que en su proceso de producción cuenta con mecanización e infraestructura de cierto nivel. Cuentan también con mano de obra contratada. Estos interlocutores tienen acceso oportuno a información técnico-científica actualizada, oficial, local, nacional e internacional: CADECA, ALCÓN, PRONORSA, CORTIJO

c.- Trabajadores de granjas e industrias: personal que trabaja en las granjas. Muchos de ellos viven en ellas con su familia. Si bien en algunos países existen normativas que fijan que quienes trabajan en granjas no deben tener aves en sus hogares para evitar el traslado de posibles enfermedades, no se puede desconocer que muchos de ellos viven en zonas donde la mayoría de los vecinos son criadores de traspatio.

d.- Criadores de gallos de pelea: estos interlocutores se encuentran en casi todos los países, a pesar de que en varios países la riña o pelea de gallos es una actividad ilegal. En general, los criadores no reconocen que también sus gallos pueden estar expuestos a la Influenza Aviar y, por lo tanto ellos mismos también: Asociación de Galleros

e.- Criadores de aves ornamentales y otras especies de aves: el conocimiento que este grupo de interlocutores posee acerca de la enfermedad y del riesgo que implica es mínimo y por su actividad también estarían expuestos a la enfermedad si no conocen el origen que tienen las aves que reciben en sus criaderos: ALCON, tiendas de mascotas

f.- Transportistas de aves: estos trabajadores necesitan informarse acerca de la enfermedad ya que están en contacto directo con las aves, algunos visitan más de una granja en cada viaje y pueden ser vehículo de infecciones de granja en granja .

g.- Cazadores. En este sector se pueden identificar a diferentes grupos con distintas Características, también podemos mencionar, por ejemplo, a los cazadores deportivos, a los cazadores de subsistencia, etc. Este último grupo en general, manejan su propia lengua diferente a

la oficial del país, la caza se constituyen en un aspecto cultural dependiendo esto del lugar en el que vive.

h.- Médicos veterinarios y técnicos del sector (agentes de salud animal, técnicos comunitarios, etc): Los técnicos comunitarios son aquellas personas que fueron capacitadas por veterinarios ó ingenieros zootecnistas para que desempeñen en su comunidad algunas tareas de asesoramiento y monitoreo, en sanidad animal. Si bien estos técnicos comunitarios no tienen estudios formales realizados, gozan de credibilidad entre los vecinos por su seriedad y responsabilidad en el trabajo que realizan.

i.- Los médicos veterinarios, los ingenieros zootecnistas, quienes están en contacto directo con los productores, por cuanto deben estar actualizados en sus conocimientos y deben contar con información confiable. De esta manera se pueden sumar a los planes nacionales y regionales de contingencia.

j.- En este grupo de interlocutores se puede considerar también a unidades de laboratorio centinelas en salud animal y humana, agentes y promotores de salud humana y Colegio de Veterinarios.

k.- Pescadores artesanales: quienes por su actividad, están tan cercana de aves silvestres y por lo tanto se encuentran expuestos al contacto con aves posiblemente infectadas. Por ello, se cree que es importante hacerles llegar información en torno al problema posible y recomendaciones de cómo protegerse o informar acerca del hallazgo de aves muertas a través de las instancias correspondientes. Organizaciones de pescadores artesanales (CODEFFAGOLF, AMUPROLAGO)

l.- Comerciantes (formales e informales). Este sector puede desempeñar el papel de canal de la información, ya que entre ellos se encuentran aquellos comerciantes que venden los alimentos para las aves de los productores y aquellos otros que compran a los productores sus aves y subproductos.

En este sentido, se considera que podrían ser socios en la estrategia, de manera de hacer llegar a través de ellos algunos materiales informativos a los productores:

Cámaras de Comercio, Asociaciones de Mercados Populares: CONAVAH, SIVELIH,
ENTRE OTROS

ll.- Consumidores. Este universo, al tratarse de salud pública, será abordado principalmente por el área de salud, quienes deberán articular muy bien las acciones con el área de salud animal para complementar sus esfuerzos y lograr mayor eficiencia en los resultados y potenciar los recursos. Entre estos interlocutores se deben considerar a los viajeros que salen del país o que llegan de otros países: Fiscalía de Protección al Consumidor, Asociación de Consumidores, SENASA, Dirección de Regulación S.S.

m.- Asociaciones y grupos de los interlocutores mencionados. Las asociaciones y organizaciones de personas (ONG's, fundaciones, gremios, sindicatos, uniones, movimientos sociales, instituciones de socorro, etc.) son fundamentales para hacer más eficiente la circulación de la información ya que las estructuras de nuestros gobiernos tienen algunas debilidades (incluso en los recursos

humanos y económicos). Estas organizaciones sociales tienen ya una estructura funcionando que puede ser muy útil en estas actividades: FOPRIDEH/ HONDUSALUD, Colegios Profesionales, CHC (confederación hondureña de cooperativas), SITRAMEDYS, CTH, COHEP, Bomberos, Asociación de Padres de Familias entre otros.

n.- Instituciones educativas: los estudiantes en las zonas rurales y suburbanas, en general pertenecen a familias que tienen aves de traspatio y por lo tanto necesitan información acerca de la enfermedad así como de las medidas básicas de bioseguridad que los ayudarán a protegerse a ellos mismos y a sus familias. Estos son quienes, a través de las instituciones, llevan nueva información a sus familias, por ello se los identifica como un grupo de interlocutores con quien compartir la información acerca de la enfermedad para que la lleven a los mayores con quienes conviven: Instituciones educativas públicas y privadas

o.- Medios masivos de información, periodistas y comunicadores. El sector de los medios masivos es sumamente importante en actividades de difusión de la información, teniendo en cuenta su gran poder para llegar hasta lugares lejanos. También se pueden considerar en este sector a las radios comunitarias y rurales, radioaficionadas, etc., quienes tienen un universo variado de oyentes.

p.- Se considera de suma necesidad educar a los medios en los temas específicos para ayudarles en el desempeño de su tarea informativa.

q.- Se recomienda plantear una primera instancia de información y capacitación de los periodistas que trabajan en los medios, para que entiendan y se conciencien sobre el problema y su rol para ayudar a prevenir una pandemia de esta manera se puede lograr una incorporación efectiva a la estrategia.

Se debe planificar con todas las organizaciones una buena formación de la prensa escrita, radio y televisión, en el tema de la influenza aviar. Identificar trabajadores serios e identificar también, las necesidades que los medios tienen para poder diseñar una estrategia de acción con ellos y poder así, en algún momento, sumarlos como otros socios en el Plan: ANARH, CONATEL, Asociación de Medios de Comunicación, radios y cables locales.

r.- Funcionarios de gobierno: Dentro de este universo de interlocutores podemos identificar diferentes categorías. Por un lado, los funcionarios que ocupan lugares importantes de decisión, desempeñándose en altos gabinetes de gobierno y deberán asumir el rol de vocero y/o portavoz en algún momento. Por otro lado, se encuentran los funcionarios de menor rango y que ocupan puestos en lugares estratégicos en este tema, por ejemplo, aquellos que trabajan en zonas de fronteras, aduanas en pasos terrestres, puertos y aeropuertos, etc.

s.- Estas personas necesitan actualización, información, capacitación, reforzar sus tareas y articularlas con los otros sectores. Secretarías de Estado: Salud, Educación, SAG, Seguridad, SOPTRAVI, Relaciones Exteriores, Finanzas, Turismo, SERNA, Trabajo, Cultura Artes y Deportes, Defensa, INAM, GOBERNACIÓN, Instituciones descentralizadas: ENEE, SANAA, Hondutel Congreso Nacional, Corte Suprema de Justicia, Ministerio Público, COPECO.

t.- Iglesias: este sector está integrado por todas las agrupaciones religiosas, cualquiera sea su credo. Es importante su inclusión en la estrategia como un socio en la implementación de la misma, ya que pueden ser un canal de información sumamente efectivo, para llegar a muchísima gente de buen modo, sobre todo teniendo en cuenta la religiosidad de nuestro país. Se identifican la Iglesia Católica, Confraternidad Evangélica, Alianzas de iglesias Evangélicas, Bautista, Anglicana, Adventista, Mormones, Testigos de Jehová, entre otras.

u.- Organismos internacionales y multilaterales. Estos interlocutores desarrollan actividades de comunicación, educación e información dentro de los objetivos que se plantean en sus acciones. Muchos de ellos se encuentran trabajando en la prevención de la Influenza Aviar, por ello se sostiene que compartir información, tomar acuerdos básicos, articular acciones, todo ello llevará a fortalecer las acciones de comunicación que se realicen en pos de alcanzar los objetivos comunes: OPS/ OMS, CDC-CAP, Naciones Unidas, Mesa de Cooperantes, Organismos Multilaterales.

7.9.7.-Objetivos educativos

Esta estrategia toma en este punto las recomendaciones de FAO y OPS, a saber: % Productores de traspatio o artesanales: este sector se encuentra caracterizado por su dispersión y diversidad cultural, lo que aumenta la complejidad para llegar a ellos. Se define para este sector la necesidad de información básica que les permita comprender el riesgo y también que ellos son un eslabón importante en la cadena de cuidados necesarios para la prevención de la influenza aviar e influenza pandémica en la región.

Esto es lo prioritario, pero a medida que se tome conciencia de las normas de bioseguridad mínimas necesarias en las acciones de prevención, esto redundará en mejoras de las condiciones de producción individual, lo que también tiene íntima relación con sus mejoras en las condiciones de salud familiar y de la comunidad.

Productores medianos: Informar, capacitar y educar para la promoción, prevención y control de la Influenza Aviar Antipandémica y pandémica y preparación para un posible brote de la enfermedad, pero se espera de ellos también que asuman la corresponsabilidad de informar y capacitar a las personas que trabajan en sus granjas, a la vez que sean capaces de favorecer la transmisión de la información a los productores de traspatio que se encuentran en los alrededores de sus granjas.

De nada servirá que los grandes y medianos productores estén protegidos, si los pequeños productores que los rodean se encuentran vulnerables ante cualquier amenaza de enfermedad. Si éstos se ven afectados por alguna enfermedad, ellos estarán en problemas.

a. Productores industrializados: Teniendo en cuenta las características particulares de este sector, quienes tienen acceso a información específica de primera mano y actualizada, se pretende sumarlos como socios activos en la estrategia, es decir se espera que puedan compartir información con los trabajadores de sus granjas y de sus plantas industriales.

- b. Los productores medianos e industrializados necesitan información de diferente contenido y nivel (en algunos casos), pero ambos sectores deben ser proactivos en su papel frente a los trabajadores de sus granjas, es decir, ser responsables de capacitarlos no sólo en el manejo de la granja o desempeño de sus tareas, sino también en todo lo relacionado con las enfermedades a las que podrían estar expuestas las aves y ellos mismos y cómo protegerse.
- c. Trabajadores de las granjas e industrias: Se busca sensibilizar y educar mediante información oportuna y asequible e instancias de capacitación, puesto que estas personas están en contacto con las aves en las granjas y con la carne y los huevos en la industria avícola. Por otro lado, es muy probable que este tipo de trabajadores tengan, a su vez, crianza casera de aves (a pesar de que en muchas empresas avícolas existe una norma que lo prohíbe para evitar el traslado de posibles factores de infección), o residan en zonas donde sus vecinos tengan aves de traspatio.
- d. Criadores de gallos de pelea: en general, estos interlocutores no reconocen en esta enfermedad un riesgo para sus aves.
- e. Se espera que este sector conozca las particularidades de la enfermedad, de cómo puede afectarle a los criadores, a su actividad y cómo deben actuar para protegerse y prevenirla.
- f. Criadores de aves ornamentales y otras especies de aves: este grupo de criadores
- g. desarrollaría un doble papel en el desarrollo de la estrategia pues necesitan informarse y a la vez, por su actividad comercial, están en contacto con muchas personas a los que podrían informar. Por ello, también formarían parte de los socios para difundir la información.
- h. Transportistas de aves: De este grupo de interlocutores se espera, además de que cuenten con información acerca de la enfermedad, que conozcan las medidas básicas de bioseguridad en su actividad, de manera de disminuir los riesgos de su actividad para él, para las granjas y para los mercados de aves. Por otro lado, además de informarse ellos, pueden convertirse en un canal eficaz de información hacia los productores y comerciantes que ellos visitan.
- i. Cazadores: Un sector de cazadores (deportivos, por ejemplo), en general, no tiene conocimiento específico de la IAAP, sólo el que adquirió a través de los medios de información. Por lo tanto, los cazadores no tienen conciencia de cuán expuestos podrían estar si ocurriera un brote en su región, y mucho menos de qué pueden hacer ellos para detenerlo. Por ello, se propone informar al sector, crear conciencia en torno a su rol en la prevención y en las acciones que deberá desarrollar en el caso de que se declare un brote en la región en la que interactúa.
- j. Se puede llegar a este grupo a través de las asociaciones, o bien facilitando información en las armerías o lugares donde se proveen de las armas y municiones, artículos de campaña, etc.
- k. Los cazadores de subsistencia necesitan tener acceso a información oportuna, en forma de mensajes escritos en un lenguaje sencillo, que contengan sus códigos culturales. Todo esto significa que los mensajes deben contener el lenguaje propio de la comunidad a la que se quiere llegar e imágenes que no sean ajenas a su entorno cotidiano para que la información tenga la recepción que se espera.

l. Médicos veterinarios y sector técnico (agentes de salud animal, técnicos comunitarios, etc.): En este universo lo que se pretende es compartir información actualizada con quienes deberán responder, guiar y asesorar a productores avícolas y porque no, también a consumidores. En este sentido, se considera a este sector de interlocutores no sólo como usuarios de la información, sino como socios en la estrategia, en la medida en que se deberá contar con ellos para llegar a los productores en general y sobre todo a los de traspatio.

m. Pescadores artesanales: Es importante tener en cuenta las características culturales de cada grupo de pescadores para poder elaborar mensajes adecuados y asequibles para ellos, de manera que los esfuerzos de comunicación sean eficientes.

n. Comerciantes: Se pretende trabajar con este sector acercándoles información en torno a la problemática, pero también sumarlo como socios en la estrategia, ya que a través de ellos se puede llegar a los consumidores en general y, en particular, a los productores de traspatio, quienes pueden recibir la información del propio comerciante que le compra sus aves o huevos y del comerciante que le provee de insumos para su subsistencia y la de sus animales.

o. Consumidores: Los consumidores constituyen el sector que más acceso tiene a la información que los medios producen en torno a la enfermedad.

Esta información no siempre es tratada con la rigurosidad, la objetividad y en el lenguaje que la generalidad de los consumidores pueda decodificar y procesar para entender y actuar en consecuencia. Por ello, se pretende informar para sensibilizar, concienciar y educar.

Sensibilizar para que pueda reconocerse como sujeto que tiene un rol a desarrollar en la prevención. Concientizar respecto al peligro del contrabando de aves exóticas (aeropuertos, puestos de fronteras, etc.), y educar en el consumo, para evitar que cambie sus hábitos de consumo de productos avícolas producidos de la información errónea que recibe. Es importante que el consumidor sepa identificar alimentos seguros y que siga consumiéndolos.

Asociaciones y grupos de los interlocutores mencionados: No se puede desconocer la fuerza que tiene una organización que involucra a personas que comparten intereses y objetivos en diferentes aspectos de su vida. En este sentido, se pretende trabajar con los diferentes tipos de organizaciones de productores (asociaciones de productores industriales, medianos y pequeños), con colegios veterinarios, asociaciones de veterinarios y Universidades, asociaciones de consumidores, de cazadores, de comerciantes, y organizaciones estatales, federaciones de ONG's, otras organizaciones, etc.

Actuando en conjunto con las organizaciones se logrará potenciar los esfuerzos por llegar a los interlocutores que se consideran en esta estrategia, puesto que al ser las organizaciones quienes emprendan las acciones de información y comunicación con sus asociados, los gobiernos tendrán que esforzarse en llegar a los demás personas no asociados. Las acciones bien organizadas y compartidas resultarán mucho más eficientes.

Instituciones educativas: además del papel que ya se mencionó que se espera desarrollen los niños y jóvenes, como canal de llegada de nueva información a las familias, se pretende también sumar a los maestros, quienes también necesitarán información oportuna, fiable y asequible para que ellos puedan compartirla con los niños y jóvenes.

Se recomienda que el material informativo para niños contenga más dibujos o imágenes que textos y, si es posible, sea diseñado mediante historietas o caricaturas.

Medios masivos de información, periodistas y comunicadores: Los medios de información se constituyen en un actor muy importante a tener en cuenta en la estrategia.

Por ello, lo que se espera del trabajo con los medios y periodistas es:

a. acercarles información técnica científica traducida para que pueda ser entendida inequívocamente por ellos.

b. en una segunda instancia, cuando ya se haya logrado compartir con ellos la importancia de un compromiso con la información responsable a la sociedad buscando no impactar innecesariamente sobre otros sectores (por ejemplo, el empresario), y entonces sumarlos como socios a la estrategia.

Esto definitivamente implica un trabajo sistemático y muy bien diseñado para lograr una excelente relación con los medios.

Funcionarios de gobierno: Como ya se ha mencionado, se han identificado diferentes categorías dentro de este grupo de interlocutores.

Funcionarios que deberán desempeñar el papel de vocero o de portavoz del gobierno. Deben ser capacitados para que puedan dar información clara, concreta, que lleve tranquilidad a la población y que genere credibilidad y confianza en la comunidad de manera de evitar el pánico.

Por otro lado, existe otro grupo de funcionarios del gobierno que debe cumplir un rol fundamental en el tema de vigilancia en el País (en salud animal y salud humana). Este personal debe estar capacitado para comprender la magnitud de problema y saber muy bien cómo comportarse e interactuar con la población.

Iglesias: considerando el liderazgo y credibilidad de que gozan muchas iglesias en Honduras, es importante el papel que pueda desarrollar como transmisora de la información. Por ello su inclusión en la estrategia y la articulación que se logre con ellos podrían ser cruciales en una situación de crisis sanitaria.

Organismos internacionales y multilaterales. Con estos organismos se espera lograr una excelente articulación, mejorar el flujo de información, capacitación y educación en torno a las actividades que ya se vienen realizando y, lo que es muy necesario, el apoyo a los planes de

contingencia que el país ha diseñado y ha comenzado a implementar.

Contenidos mínimos propuestos

Teniendo en cuenta la recomendación de OMS/ OPS, de FAO, OIE y UNICEF, se incluirán los siguientes contenidos en los diferentes materiales de información, educación y comunicación. Para el Momento de Comunicación I, donde los objetivos son informar para sensibilizar y luego, comunicar para educar, los contenidos definidos son los siguientes:

Mensajes iniciales. Informar para sensibilizar: Para todos los grupos, es necesario lo siguiente:

“En el país no se han identificado casos de Influenza Aviar; en lo referente a la Influenza Pandémica según la OMS se ha pasado a la fase Interpandémico” (se recomienda explicar la diferencia entre influenza aviar, estacional y pandémica, diferencias, teniendo en cuenta el grupo meta a informar.)

„ La prevención es posible. De nosotros depende. (de manera de generar corresponsabilidad de la población y de todos los sectores identificados ante el problema)

„ ¿Qué es la influenza aviar?

„ ¿Quiénes pueden enfermarse? (Los humanos también y en qué circunstancias)

”Mensajes sobre las medidas de autocuidado entre la población” (lavado frecuente de manos, técnica del estornudo el uso adecuado de la mascarilla y del alcohol gel)

Para Periodistas y Comunicadores (medios masivos)

Concepto de la enfermedad

Situación y entorno actual

Signos y síntomas en aves y humanos

Sectores vulnerables a la enfermedad

Medidas de higiene y bioseguridad para la población y para el cuidado de las aves

Lavado de manos, antes y después de ir al baño, y al cocinar alimentos.

Seguridad de los productos alimenticios y preparación de alimentos

Técnica de estornudo

Medios de contagio

Medidas de prevención

Referentes oficiales de la información

Obligaciones legales (declaración, cuarentena,...), derechos del avicultor indemnizaciones,...) y penalidades eventuales.

Para Personal de Salud

Información básica y científica sobre la influenza aviar

Situación y entorno actual de la enfermedad

Fases de intervención de la Secretaría de Salud en relación a la enfermedad (protocolos)

Signos y síntomas en humanos
Formas de transmisión
Formas de prevención
Manejo de casos clínicos
Utilización de equipo médico de protección
Promoción de prácticas saludables
Vigilancia epidemiológica a nivel comunitario
Obligaciones legales (declaración, cuarentena,...), derechos del avicultor (indemnizaciones,...) y penalidades eventuales.
Reorientación de los servicios de salud
Prácticas de campo (simulacros)
Otras prácticas (simulaciones)

Para Maestros (quienes serán canales de información para niños y jóvenes)

Información básica sobre la influenza aviar
Signos y síntomas en aves y humanos
Formas de transmisión
Medidas de prevención y promoción de prácticas saludables
Seguridad de los productos alimenticios y preparación de alimentos

Para los avicultores, artesanales, a mediana escala, industriales

Información básica sobre la influenza aviar
Medidas de higiene y de bioseguridad en la crianza y producción
Condiciones de transmisión,
Signos de reconocimiento de la enfermedad,
Conductas a seguir en caso de sospecha,
Prácticas o conductas de riesgo,
Obligaciones legales (declaración, cuarentena,...), derechos del avicultor indemnizaciones,...) y penalidades eventuales.

Para los profesionales (mataderos, carniceros) y asociados (transportistas, transformadores, distribuidores,...):

Medidas de higiene,
Inocuidad del producto,
Signos de reconocimiento de la enfermedad,
Condiciones de transmisión,
Prácticas o conductas de riesgo,
Manejo de herramientas e instrumentos de corte
Obligaciones legales (declaración, cuarentena,...), derechos del avicultor (Indemnizaciones,...) y penalidades eventuales.

Para veterinarios y agentes zoonosarios:

Conocimiento de la enfermedad (signos clínicos, diagnóstico diferencial,...),
Prácticas o conductas de riesgo
Medidas de higiene,
Medidas de bioseguridad en el criadero
Conductas a seguir en caso de sospecha,
Modalidades de muestras y conocimiento de protocolos de laboratorio (naturaleza, conservación y transporte,...),
Obligaciones legales (declaración, función ante el avicultor,...) y penalidades eventuales,
Conductas a seguir en caso de focos confirmados (matanza, vacunación,...)

Para agentes de Servicios Públicos (SV), (entre los cuales los puestos fronterizos, aduanas terrestres, puertos y aeropuertos, agua y ambiente, policial, militar,...):

Conocimiento de funciones específicas en caso de sospecha
Confirmación
Medidas de higiene y protección,
Obligaciones legales de los servicios público veterinario.

Para cazadores:

Conocimiento de la enfermedad (signos y síntomas clínicos,...),
Prácticas o conductas de riesgo,
Medidas de higiene,
Conductas a seguir en caso de confirmación de aves muertas o enfermas,
Obligaciones legales (declaración,...)

Para el público en general y los consumidores:

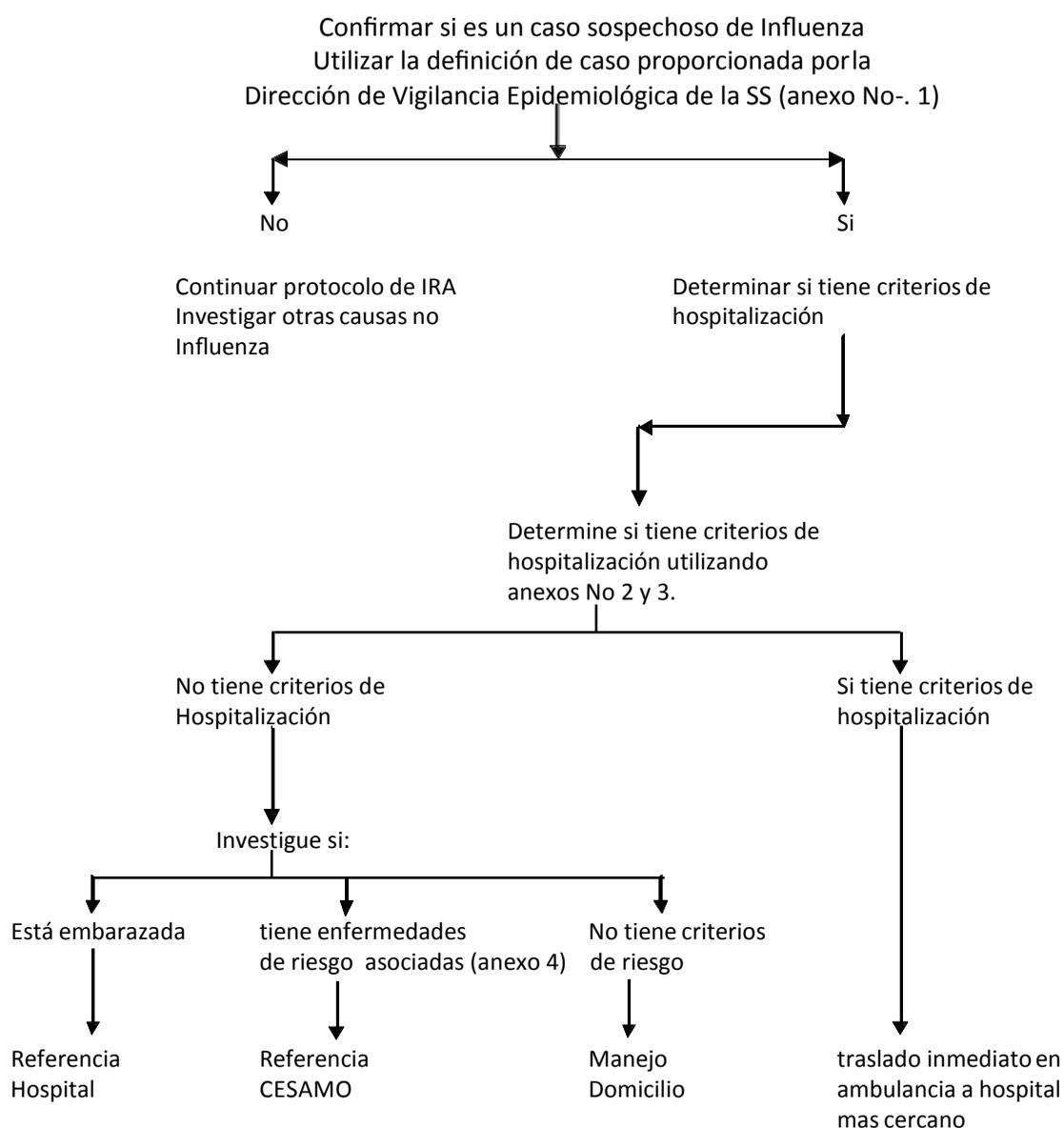
Conocimiento de la enfermedad (signos y síntomas clínicos,...),
Prácticas y conductas saludables
Medidas de higiene y protección,
Seguridad de los productos alimenticios.
Dónde acudir en caso de sospechas
Referente oficial de la información
Orientación precisa en la etapa de recuperación

Para voceros

Entrenamiento en conferencia de prensa y relaciones con los medios
Comunicación de crisis y de riesgo.

7.10 .- FLUJOGRAMA DE TRASLADO DE PACIENTES ELABORADO

PROTOCOLO PARA TRASLADO DE PACIENTES SOSPECHOSOS DE INFLUENZA DURANTE UNA ALERTA PANDEMICA



7.11 .- REGLAMENTACIÓN DE LA COMISIÓN

REGLAMENTO INTERNO DE LA COMISION NACIONAL DE PREPARACION, RESPUESTA Y MITIGACION ANTE UNA PANDEMIA DE INFLUENZA

EL PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA:

CONSIDERANDO: Que con fecha 18 de mayo del 2006, fue emitido el acuerdo No. 429 - 06, mediante el cual se crea la Comisión Nacional de Preparación, respuesta y mitigación ante una pandemia de influenza, y que entra en vigencia el 5 de agosto del 2006.

CONSIDERANDO: Que uno de los objetivos fundamentales del Estado es reconocer el derecho a la protección de la salud y es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y colectiva de la comunidad.

CONSIDERANDO: Que es un deber del poder ejecutivo coordinar todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de manera coordinada y planificada mediante un plan nacional de salud.

CONSIDERANDO: Que para alcanzar tal objetivo es de imperiosa necesidad dictar las disposiciones legales reglamentarias, elaborar planes de contingencia con el fin de ejecutar la aplicación del Decreto de Creación de la Comisión Nacional.

POR TANTO ACUERDA EMITIR:

EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PREPARACION, RESPUESTA Y MITIGACION ANTE UNA PANDEMIA DE INFLUENZA.

CAPITULO I DE LOS FINES Y OBJETIVOS

ARTICULO 1. Es el propósito de la comisión:

Definir la modalidad de organización en el país, para contar con la capacidad de respuesta política, social, técnica y operativa que le confiera la posibilidad de hacer un control efectivo de la pandemia de influenza, incorporando las instituciones nacionales, internacionales y solidarias así como los actores claves que se consideren pertinentes dentro del ámbito nacional e internacional.

ARTICULO 2. Son objetivos de la Comisión los siguientes:

- a. Establecer la coordinación nacional de la respuesta social a la problemática generada por la pandemia a través de la organización, implementación y ajustes del plan nacional anti pandemia de influenza.
- b. Establecimiento del plan nacional antipandemia como una prioridad en la agenda pública.
- c. Coordinar la organización nacional e internacional para la gestión de los recursos humanos, insumos y suministros necesarios en el país para afrontar la pandemia de influenza.
- d. Conformar y coordinar el comité técnico intersectorial como instancia operativa de la comisión.

CAPITULO II DE LA CONFORMACION Y ORGANIZACION

ARTICULO 3. La Comisión Nacional de Preparación, Respuesta y Mitigación ante una pandemia de influenza, estará integrada por las instituciones determinadas en el Decreto de su creación y los miembros serán nombrados por el titular de cada institución participante. Dichos nombramientos serán acreditados mediante nota dirigida al Presidente de la Comisión.

Los organismos internacionales que sean parte de la Comisión de manera temporal se integraran a criterio de la Comisión en calidad de Asesores y Cooperantes con derecho a voz.

En caso de que alguno de los miembros renuncie o sea substituido, la institución, deberá nombrar la persona que lo reemplazara en el término de quince (15) días laborables.

Los miembros de la Comisión ejercerán sus cargos AD-ONOREM y serán permanentes y solo podrán ser substituidos por alguna de las siguientes causas:

- a) Si falleciere.
- b) Si dejare de pertenecer a la institución que representa en la Comisión.
- c) Si cometiera faltas o acciones que a juicio de la Comisión amerita su exclusión de la misma.
- d) Por negligencia en el cumplimiento de sus obligaciones

ARTICULO 4. La Comisión Nacional de Preparación, Respuesta y Mitigación ante una Pandemia de Influenza para efectos de coordinar sus actividades contara con una Presidencia ejercida a través del representante de la Secretaria de la Presidencia, una Secretaria Técnica para eventos de salud ejercida por el Director General de Vigilancia de la Salud (DGVS), una Secretaria Técnica para eventos de salud animal ejercida por el Director General de Sanidad Animal (SENASA), y un Comité Técnico Interinstitucional integrado por los coordinadores de los subcomités técnicos operativos por componentes.

ARTICULO 5. La Comisión Nacional de Preparación, Respuesta y Mitigación ante una pandemia de Influenza conformara el Comité Técnico Operativo y los subcomités en las áreas de competencia de acuerdo a los componentes del plan, para elaborar, implementar, monitorear y supervisar el cumplimiento del Plan. Cada Comité será coordinado por un miembro electo dentro del mismo, quien servirá de enlace ante la el Comité técnico operativo y ante la Comisión Nacional.

CAPITULO III DE LAS FUNCIONES ESPECÍFICAS.

ARTICULO 5. El Presidente de la Comisión tendrá las atribuciones siguientes:

- a. Presidir las sesiones de la Comisión
- b. Representar a la Comisión en cualquiera de las reuniones donde fuere convocado
- c. Convocar a las sesiones ordinarias y extraordinarias cuando lo soliciten al menos tres coordinadores de los subcomités que conforman la Comisión.
- d. Preparar junto con la secretaria general de la Comisión las agendas para las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Comisión.
- e. Informar sobre los acuerdos y decisiones adoptadas por la Comisión a los ministros de las diferentes Secretarías de Estado.
- f. Gestionar las recomendaciones que sean necesarias para el eficaz funcionamiento de la Comisión.
- g. Coordinar con la secretaria de estado correspondiente sobre la necesidad de declaratoria de emergencia si esta fuera necesaria para hacer frente a una eventual pandemia de influenza.
- h. Coordinar la gestión de información con los medios de comunicación a través del subcomité correspondiente sobre el comportamiento de la pandemia.
- i. Otras que la Comisión le encomiende de acuerdo a necesidades y establecidas en las sesiones ordinarias y extraordinarias.

ARTICULO 6. La Secretaria Técnica tendrá las siguientes atribuciones:

- a. Convocar a las reuniones ordinarias y extraordinarias a solicitud del presidente de la Comisión.
- b. Preparar la Agenda de cada reunión de la Comisión en coordinación con el presidente.

- c. Incluir en el desarrollo de la agenda los temas específicos a solicitud de los coordinadores de los subcomités en acuerdo con el presidente.
- d. Levantar actas y Ayudas Memorias de las reuniones de la Comisión.
- e. Llevar un registro y archivo de toda la correspondencia que se emane o llegue a la Comisión.
- f. Mantener informado a los coordinadores técnicos de los subcomités e intercambiar información que se considere relevante con respecto a temas de relevancia en coordinación con el presidente.
- g. Establecer un sistema de comunicación y asegurar el seguimiento de todas las actividades de la Comisión.
- h. Organizar documentos técnicos que fueren necesarios para el desarrollo de las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Comisión.
- i. Dar seguimiento a los acuerdos y resoluciones la Comisión y de los subcomités en coordinación con el Presidente.
- j. Otras que a juicio de la Comisión y subcomités se consideren pertinentes.

ARTICULO 7. Los miembros de la Comisión tendrán las siguientes las siguientes obligaciones y derechos:

- a. Elaborar en el marco del Plan de preparación, respuesta y mitigación ante una pandemia de Influenza los procedimientos y directrices que aseguren su cumplimiento.
- b. Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por la Comisión, e informar a su institución sobre los asuntos tratados en las reuniones.
- c. Facilitar los mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional que facilite el cumplimiento
- d. Facilitar la incorporación de personas e instituciones a solicitud de los subcomités para el fortalecimiento del plan antipandemico.
- e. Notificar con antelación la no asistencia a las reuniones convocadas por la comisión y en su defecto delegar un representante suplente.
- f. Estar plenamente informado sobre las actividades que la Comisión realiza en tiempo y con oportunidad, cuando así fuera posible.

- g. Coordinar con la secretaria general la inclusión de algún tema de importancia a discutir en las reuniones ordinarias y extraordinarias si fuera de interés del colectivo.

CAPITULO IV DE LAS FUNCIONES GENERALES

ARTICULO 8. La Comisión asumirá las siguientes funciones:

- a. Formular, divulgar y dar seguimiento a la aplicación del Plan Nacional de Preparación, Respuesta y Mitigación ante una Pandemia de la Influenza.
- b. Coordinar y dirigir el proceso de socialización del plan con los sectores públicos, privados y la sociedad civil organizada, con el fin de mejorar el nivel de comprensión y concientización del plan.
- c. Coordinar, articular, facilitar y apoyar las interacciones de convergencias en la aplicación de las actividades concernientes al plan.
- d. Asegurar el apoyo financiero y logístico para el cumplimiento de las actividades del plan.
- e. Vincular la agenda de la Comisión con las de los Comité de otros países y en particular con Centroamérica, Panamá, y otras organizaciones y comités internacionales afines, con el fin de facilitar el consenso de posiciones nacionales ante la Pandemia de la Influenza.
- f. Hacer recomendaciones sobre programas de cooperación técnica y financiera en función de la aplicación del Plan Nacional de Preparación ante la Pandemia de la Influenza.
- g. Promover la respuesta de sus instituciones para la aplicación, seguimiento y monitoreo del Plan Nacional de Preparación ante una Pandemia de la Influenza.

CAPITULO V DE LAS SESIONES

ARTICULO 9.

- a. El Quórum necesario para que la Comisión pueda sesionar legalmente será con la presencia de la mitad más uno de los miembros.

- b. El Presidente procederá a comprobar el quórum y dará por iniciada la sesión. Al iniciar la sesión la Secretaria Técnica hará del conocimiento de la Comisión la agenda del día para su aprobación.
- c. Los acuerdos y resoluciones serán aprobados en principio por consenso, de no lograrse será por mayoría simple de los miembros presentes.
- d. En caso de empate en las resoluciones el presidente contara con derecho a voto doble.
- e. En cada sesión se levantara una Ayuda Memoria que incluirá el nombre de los asistentes, lugar y tiempo de su cerebración, todos los puntos tratados, así como las resoluciones y contenido principales de las deliberaciones.
- f. Las ayudas memorias discutidas y aprobadas deberán ser firmadas por el Presidente, la Secretaria Técnica del Comité y los participantes en la reunión siguiente donde se le de lectura a la misma.
- g. Las sesiones ordinarias se realizaran mediante decisión en la reunión previa y las extraordinarias a solicitud de los miembros.

CAPITULO VI DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 10. La Sede de la Comisión serán las oficinas de Dirección General de Vigilancia de la Salud, dependencia de la Secretarla de Salud, en la ciudad de Tegucigalpa, municipio del DC.

ARTICULO 11. El presente Reglamento entrara en vigencia a partir de su aprobación y publicación en el Diario Oficial "LA GACETA".

COMUNIQUESE:

Presidente Constitucional de la República
Secretaría de la Presidencia
Secretario de Estado en los Despachos de Salud.
Secretario de Estado en los Despachos de Agricultura Ganadería

8.- GLOSARIO DE TERMINOS

AIEPI: Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia

ALCÓN: Alimentos Concentrados

AMUPROLAGO: Asociación de municipios prolago de Yojoa

ANAVIH: Asociación Nacional de Avicultores de Honduras

ANARH: Asociación nacional de radiodifusoras de Honduras

ATA: Formulario diario de atenciones
CADECA: Compañía avícola de Centroamérica
CDC/CAP: Centro de Control de enfermedades
CESAMO: Centro de salud con medico
CESAR: Centro de Salud Rural
COHEP: Consejo Hondureña de la Empresa Privada
CNA: Comisión Nacional Anti pandemia
CNE: Centro Nacional de Enlace
CODEFFAGOLF: Comité para la defensa y desarrollo de la flora y la fauna del Golfo de Fonseca
CONATEL: Comisión Nacional de telecomunicaciones
CONAVAH: Consejo nacional de vendedores ambulantes de Honduras
COPECO: Comisión Permanente de Contingencia
CORTIJO: Empresa avícola
CTH: Central de Trabajadores de Honduras
DEI: dirección ejecutiva de ingresos
DGVS: Dirección General de Vigilancia de la Salud
EPP: Equipo de Protección Personal
ETI: Enfermedad Tipo Influenza
FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FEDAVIH. Federación Nacional de Avicultores de Honduras
Flu1-07: Formato para el registro del comportamiento de ETI
Flu2-07: Formato para el registro del comportamiento de IRAG
Flu3-07: Formato para el registro del comportamiento de la mortalidad por IRAG
FOPRIDEH: Federación de organizaciones para el desarrollo de Honduras
HONDUSALUD: Organizaciones no gubernamentales en salud en Honduras IRAG:
Infección respiratoria Aguda Grave
IEC: Información, educación, comunicación
IFI: Inmunofluorescencia indirecta
IHSS: Instituto Hondureño de seguridad Social
OIE: Organización internacional Epizootia
OIRSA: Organismo Regional de Sanidad Agropecuaria
OMS: Organización Mundial de la salud
ONG: Organización No Gubernamental
OPS: Organización Panamericana de la salud
PCR – TP: técnica de la reacción en cadena de la polimerasa – Tiempo Real
PRONORSA: Productos Norteños SA
RSI: Reglamento sanitario Internacional
SARS: Síndrome respiratorio agudo severo
SENASA: Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria
SEPA: servicio de protección agropecuaria
SITRAMEDYS: Sindicato de trabajadores de la medicina y similares
SIVELIH: Sindicato de vendedores libres de Honduras
UNICEF: Oficina de naciones unidas para la infancia
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
VSR: Virus Sincitial Respiratorio

9.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alerta Epidémica y Respuesta. Plan Mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza. Función y recomendaciones de la OMS para las medidas nacionales antes y durante las pandemias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. (Documento WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5
2. -Centers For Disease control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, seventh edition, January 2002, EUA
3. -Centers For Disease control and Prevention. Prevention and Control of Influenza: Recommendation of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR 2005; 54 (No. RR-08); 1-40
4. -Centers For Disease control and Prevention. Prevention and Control of Influenza: Update on Adult Immunization Recommendation of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR 1991; 40 (No. RR-12); 1-52
5. -Lista de verificación de la OMS del plan preparativo para una pandemia de influenza. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. (Documento WHO/CDS/CSR/GIP/2004.2
- 6.- Manual de Entrenamiento sobre Epidemiología y Vigilancia de la Influenza. CDC. Atlanta, Geórgia, 9-13 de mayo de 2005
- 7.- Reunión de consulta sobre medidas prioritarias de salud pública antes y durante una pandemia de influenza. Ginebra, Suiza, 16-18 de marzo de 2004. Organización Panamericana de la Salud. (Documento WHO/CDS/CSR/RMD/2004.9
- 8.- Guías de la OMS para el uso de vacunas y antivíricos en las pandemias de influenza. Programa Mundial de Influenza de la Organización Mundial de la Salud.
- 9.- Plan de preparación para una Pandemia de Influenza, Chile 2005. Informe Final, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Septiembre 2005
- 10.- Plan Nacional de preparación y respuesta a una Pandemia de Influenza. Seguridad en Salud. Gobierno de México, Secretaria de Salud.
- 11.- Plan de preparación y respuesta en situación de pandemia de influenza. Gobierno de Costa Rica, Noviembre 2005.
- 12.- Organización Panamericana de la Salud. El Control de las Enfermedades Prevenibles, Decimoséptima edición, 2000.pp.375-382.
- 13.- Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la amenaza de una pandemia de gripe aviar: medidas estratégicas recomendadas. 2005
14. Organización Mundial de la Salud. Reunión de consulta sobre los preparativos para una pandemia de

influenza en países con recursos limitados, Kuala Lumpur, Malasia, 23-25 Junio 2004

15. Organización Mundial de la Salud. Boletín Epidemiológico Semanal, agosto 19 de 2005, No. 33, 2005, 80,279-287

16. Organización Mundial de la Salud. Seguridad sanitaria Mundial, Alerta epidémica y Respuesta. Guías de la OMS para el uso de vacunas y antivíricos en las pandemias de influenza, 2005

17. Organización Mundial de la Salud. Seguridad sanitaria Mundial, Alerta epidémica y Respuesta. Lista de verificación de la OMS del Plan de Preparación para una pandemia de influenza, WHO/CDS/CSR/GIP/2004.2

18. Canadian Pandemic Influenza Plan. 2004.

19. Pandemic Influenza Plan, U.S. Department of Health and Human Services, U.S.A. November 2005.

20. Ropero, A M.,Andrus J. Consideraciones para la vacunación en caso de una pandemia de influenza en Med UNAB, Vol8, No. 3-Diciembre 2005

21. World Health Organization and CDC. The evolution of H5N1 Avian Influenza Viruses in Asia. Emerg. Infect Dis. 2005; 11(8).U.K.Government, Department of Health and Ageing, June 2005.

22. Recomendaciones y Procedimientos de laboratorio para la detección del virus A (H5N1) de la influenza aviar en especímenes de casos humanos sospechosos. OMS ginebra, agosto de 2007.

23.- Interim WHO guidance for the surveillance of human infection, with swine influenza A(H1N1) virus, 27 April 2009

24.- Pautas provisionales de la OMS para la vigilancia de infección humana por el virus de influenza porcina A(H1N1) 27 de abril 2009

25.- Guías de la OMS para el uso de vacunas y antivíricos en las pandemias de influenza WHO/CDS/CSR/RMD/2004.8

26.- Infección humana por el virus pandémico (H1N1) 2009: guía provisional actualizada de la OMS sobre vigilancia mundial 10 de julio de 2009

27.- Consideraciones y recomendaciones provisionales para el manejo clínico de la influenza pandémica (H1N1) 2009. Consulta de expertos de OPS/OMS. Versión revisada, 16 de julio de 2009, reemplaza la del 26 de mayo de 2009.



Organización Panamericana de la Salud

ft" (rfj
is.,"

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud