

**REPUBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**

**PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCION Y  
CONTROL DE LAS IRA**

**Cuba 22-02-00**

**1-INTRODUCCION:**

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen un importante problema de salud, tanto por las impresionantes cifras de morbilidad como por el elevado índice de mortalidad que provocan sobre todo en los países en vías de desarrollo, así como por las afectaciones que producen, ausentismo laboral y escolar, necesidades de atención médica, consumo de medicamentos y las afectaciones sociales en sufrimiento y vidas humanas.

La mortalidad por Influenza y Neumonía en nuestro país permanece dentro de las primeras 5 causas de muerte en los niños menores de 5 años y ocupa la 6ta causa en la población general. La morbilidad registrada por el número de consultas médicas por IRA muestra un promedio anual de 4 000 000 atenciones, que constituyen entre el 25 y el 30% de las consultas externas y alrededor del 30% de las hospitalizaciones. La mayor parte de las IRAs son autolimitadas y leves, por esta razón una gran proporción de los afectados no busca asistencia en los servicios de salud.

Tomando como referencia las cifras de atenciones referidas anteriormente y tomando en consideración los estudios realizados en el país que reflejan que el 20% de los episodios leves de IRA consumen antibióticos, podemos estimar los elevados costos que gravitan al Sistema de salud por esta causa. Además de los gastos en hogares de ancianos, escuelas, centros de trabajo y círculos infantiles, incurridos por el pago de la seguridad social debido a ausencias, todo lo cual representa un importante impacto económico, social y humano, que causan estas enfermedades.

La experiencia internacional revela que un conjunto de medidas de promoción de salud, unida a medidas específicas de prevención y atención médica, pueden lograr un buen impacto en la reducción de la morbilidad y sus complicaciones, así como en la mortalidad, y en los costos derivados del uso excesivo e inapropiado de antibióticos y otros medicamentos, principios en los cuales se formula este programa global de control de las IRA en el país

## **2- OBJETIVO GENERAL:**

Reducir la mortalidad y morbilidad en la población cubana y fundamentalmente en los grupos de alto riesgo (adulto mayor y menor de 5 años).

## **3- OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 3.1 Identificar y clasificar oportunamente los enfermos con IRA para realizar tratamiento ambulatorio u hospitalario.
- 3.2 Realizar vacunación antigripal y quimioprofilaxis a grupos de riesgo.
- 3.3 Implementar el sistema de vigilancia y las investigaciones pertinentes para detectar los cambios en el comportamiento de la morbimortalidad, así como el estudio etiológico en sitios centinelas.
- 3.4 Educar a la población en el manejo y prevención de las IRAs.
- 3.5 Capacitar sistemáticamente al personal técnico y profesional de la Salud sobre las IRAs.
- 3.6 Iniciar la vacunación contra el H: Influenzae.
- 3.7 Mantener los niveles alcanzados en la vacunación contra el sarampión, difteria y tosferina.

## **4- LIMITES EN TIEMPO Y ESPACIO**

- 4.1 El programa se desarrollará por etapas siguiendo el cronograma siguiente:

### **Etapas**

- I. Preparación e implementación, con énfasis en el paciente grave.
- II. Aplicación inicial. 2do cuatrimestre de 1999.
- III. Extensión general. 3er cuatrimestre 1999

En la etapa II se introducirán y probarán las estrategias y técnicas en un territorio particular (6 meses) y se extenderán a todo el país los objetivos 3.2, 3.4, 3.5, 3.6 y 3.7.

## **5. ORGANIZACION Y FUNCIONES**

### **5.1 NIVEL NACIONAL**

5.1.1 Este nivel conjuntamente con los grupos nacionales será el encargado de elaborar y evaluar los resultados del programa a este nivel.

## **5.2 NIVEL PROVINCIAL**

5.2.1 El DIRECTOR PROVINCIAL, a través de su consejo de dirección ajustará el programa a las necesidades del territorio.

5.2.2 Coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar el programa.

## **5.3 NIVEL MUNICIPAL**

5.3.1 El DIRECTOR MUNICIPAL desarrollará el programa en el municipio y adaptará el mismo a las condiciones de su territorio supervisando y evaluando todas las actividades del programa.

5.3.2 El DIRECTOR DEL HOSPITAL, será el máximo responsable del cumplimiento de todas las actividades en su centro de salud.

5.3.3 El DIRECTOR DEL POLICLINICO, será el responsable del cumplimiento del programa a ese nivel.

5.3.4 El EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA, será el responsable de la ejecución de las acciones de salud del programa aplicado a la familia.

5.3.5 El DIRECTOR DEL HOGAR DE ANCIANOS Y/O DE IMPEDIDOS FISICOS Y MENTALES, será el responsable del cumplimiento de las medidas recomendadas por el programa a ese nivel.

## **6. ACTIVIDADES A REALIZAR**

### **A. En menores de 15 años**

#### **6.1 EN LA COMUNIDAD**

6.1.1 El médico de la Familia (MF) identificará oportunamente a los niños que refieran síntomas y/o signos de IRA dentro del conjunto de pacientes atendidos en consultas o dentro de la población visitada.

6.1.2 El médico realizará el interrogatorio y examen físico del enfermo precisando los antecedentes de síntomas respiratorias y profundizará en el examen físico de las vías respiratorias altas, frecuencia respiratoria al minuto y presencia de tiraje y estertores.

6.1.3 Clasificará al paciente en IRA alta o baja de acuerdo el síndrome clínico presente y su posible etiología viral o bacteriana (Anexo 1).

- 6.1.4 Realizará una detección y valoración de los factores de riesgo presentes en cada niño diagnosticado de IRA (Anexo 1)
- 6.1.5 El Médico de la Familia efectuará la remisión rápida al hospital de los niños con neumonía o de IRA BAJA o ALTA COMPLICADA severa (según los criterios de gravedad que se establecen en este programa) y o factores de riesgo importantes.
- 6.1.6 Decidirá el manejo ambulatorio con ingreso en el hogar de un grupo de pacientes evitando la hospitalización innecesaria y sus consecuencias (los criterios para esta decisión están reflejados en el anexo 2, referido al manejo estándar de casos).
- 6.1.7 El Médico de Familia realizará la interconsulta con el especialista de Pediatría en aquellos niños que considere necesario para esclarecer dudas o buscar una mejor atención.
- 6.1.8 El médico de Familia debe conocer algunos aspectos de la vigilancia de las IRAs, como son los síndromes clínicos presentes en un momento dado, los posibles agentes etiológico circulantes y la importancia de los factores de riesgo asociados a una mayor gravedad de estos cuadros
- 6.1.9 Para realizar estas acciones el Médico de Familia conocerá y aplicará los conceptos del "Manejo Standard de Casos", que constituye la piedra angular del programa(Anexo 2).
- 6.1.10 El Médico de Familia estará actualizado en la terapéutica de las distintas afecciones que están comprendidas en el "Tratamiento Standard de casos (Anexo 3)
- 6.1.11 De acuerdo con los criterios, sólo se aplicará tratamiento con antibióticos a aquellas patologías en que se sospeche la etiología bacteriana, recordando que más del 80% de las IRAs son de etiología viral.
- 6.1.12 Evitará el uso indiscriminado de investigaciones como la radiología de tórax, exudados faríngeos, TASO y otros. Se debe recordar que el 90% de las IRAs se diagnostican clínicamente.
- 6.1.13 El Médico de Familia evitará el uso de medicamentos innecesarios, como los antihistamínicos, expectorantes y antitusígenos, los cuales tienen un uso muy limitado en casos excepcionales
- 6.1.14 Conocerá y aplicará los criterios de ingreso en el hogar de pacientes mayores de un año con neumonías no complicadas y sin factores de riesgo (Anexo 3 ).
- 6.1.15 Realizará seguimiento en el hogar periódicamente de los ingresos domiciliarios, así como de los egresos hospitalarios que lo requieran.
- 6.1.16 Los Médicos de Familia discutirán a los enfermos que hayan remitido al Hospital,

manteniendo estrecha relación con los especialistas de ese nivel.

6.1.17 Desarrollará en el consultorio y en el hogar actividades educativas sobre prevención y otros conocimientos que las madres deben tener sobre las IRAs.

## **6.2 EN EL HOSPITAL.**

6.2.1 El especialista recibirá a los pacientes con IRA remitidos por el Médico de Familia con los elementos aportados por el mismo, confirmando el diagnóstico y examinará de nuevo al niño, apoyándose de ser necesario en exámenes complementarios.

6.2.2 Decidirá la conducta frente al paciente determinando, de acuerdo a su estado clínico, su posible ingreso en Cuidados Intensivos, Intermedios, Sala de Neumología o en el hogar.

6.2.3 Se aplicará en el Hospital los criterios establecidos en el manejo standard de casos y el tratamiento standard decidiendo el uso correcto de antibióticos, oxígeno, hidratación o cualquier otra medida que esté indicada.

6.2.4 Se realizará un uso racional de la cama con disminución del índice ocupacional y el promedio de estadía siempre que sea posible.

6.2.5 Se realizará el alta precoz del mayor de 1 año con posibilidades de ingreso en el hogar, enviando informe clínico y radiografía de tórax al Médico de Familia, con el cual se coordinará el alta.

6.2.6 Discusión colectiva de pacientes con estadía prolongada y graves, jerarquizando su atención por el personal más capacitado.

6.2.7 Remisión oportuna de los pacientes a las unidades de Cuidados intensivos o Intermedios, cuando el estado del niño lo requiera.

6.2.8 Se garantizará el estudio microbiológico del paciente grave en las unidades hospitalarias.

6.2.9 Análisis de todo fallecido por IRA menor de 15 años.

## **B. En personas de 15 años y más**

### **7.1 COMUNIDAD**

7.1.1 El MF identificará dentro del conjunto de pacientes atendidos o población visitada, a todos los adultos que presenten síntomas y/o signos de IRA, con énfasis en la detección de los casos de IRA SEVERA, los cuales serán remitidos de inmediato al hospital.

7.1.2 El médico de asistencia deberá interrogar y examinar físicamente al enfermo,

precisando los antecedentes de síntomas respiratorios y el examen físico del aparato respiratorio.

- 7.1.3 Deberá clasificar el episodio de IRA de acuerdo a su severidad en MUY GRAVE o GRAVE y DE CUIDADO, y decidirá la conducta a seguir según el anexo 3.
- 7.1.4 Se hará énfasis en los factores de riesgo de evolución tórpida de las IRAs: Diabetes Mellitus, Insuficiencia cardíaca, Demencia moderada o severa, retraso mental, cáncer, insuficiencia renal crónica, EPOC (incluye asma), encamados o trastornos severos de la movilidad, uso crónico de esteroides, infecciones agudas recientes, desnutrición, alcoholismo, drogadicción, exposición a inhalantes tóxicos al sistema respiratorio, hábito de fumar, epilepsia, personas institucionalizados, inmunodeficiencia, mayores de 65 años.
- 7.1.5 En el anciano es frecuente que el cuadro clínico de las IRA no se presente con tal claridad, por lo que deberá tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante un cambio inexplicable de la conducta, toma rápida del estado general, presencia de disnea, gran adinamia, confusión mental, inapetencia, encamamiento reciente, y descompensación de enfermedades concomitantes.
- 7.1.6 Los pacientes con IRA no tributarios de tratamiento hospitalario, se les aplicará la modalidad del "ingreso domiciliario" cuando se considere recomendable.
- 7.1.7 El MF deberá hacer interconsulta con los especialistas de Medicina Interna o Neumología del Policlínico u Hospital, para esclarecer dudas o brindar mejor atención de aquellos casos que lo considere necesario.
- 7.1.8 El MF evolucionará diariamente en su domicilio o realizará visitas de intercambio en el Hospital con los especialistas sobre el enfermo que haya requerido ingreso, con el fin de conocer su evolución clínica. También deberá esclarecer al especialista asistente, cualquier duda sobre la enfermedad que puedan mejorar la atención del paciente.
- 7.1.9 También serán remitidos al Hospital aquellos pacientes que aunque no lo necesiten por la severidad de su enfermedad, tengan dificultad geográfica de acceso al Centro de Salud o graves problemas sociales.
- 7.1.10 Realizar la vacunación antigripal a grupos de riesgo.
- 7.1.11 Realizar la quimioprofilaxis en los controles de foco y/o a grupos de riesgo

**Cuándo:** Alerta epidemiológica de IRA

**A quiénes: Personas en riesgo**

- Hogares de Anciano
- Control de foco

- Inmunodeprimidos

### **Antiviral**

- Amantadina o Rimantadina. Durante el brote o períodos de alza histórica por influenza virus A.

Dosis: adultos- 1 tableta cada 12 horas de 100 mg. Por siete días.

7.1.12 Vacunación antigripal: Se inmunizará con la vacuna antigripal recomendada para la temporada en curso al 100% de los ancianos albergados en Hogares de Ancianos y casas de abuelos. En los ancianos mayores de 65 años en población abierta el objetivo es llegar a inmunizar al 60% de la población. Comenzando por aquellas personas con los factores de riesgo mencionados en 3.1.3.4.

## **7.2 EN EL HOSPITAL**

7.2.1 El especialista de mayor nivel de la guardia recibirá los casos de IRA GRAVE remitidos por los médicos de la Atención Primaria de Salud, confirmará el diagnóstico presuntivo ayudado por los elementos clínicos y las investigaciones complementarias.

7.2.2 Se efectuará el ingreso hospitalario inmediato de aquellos casos de IRA MUY GRAVE y aquellos que presenten la especificación que aparece en el punto 7.1.9.

7.2.3 La conducta que se seguirá en los casos de IRA MUY GRAVE se explica en el anexo 3.

7.2.4 Los pacientes que así lo requieran, serán enviados a Terapia Intensiva o Cuidados Especiales.

7.2.5 Los casos graves serán valorados periódicamente en la guardia según su estado lo requiera.

7.2.6 En los enfermos graves de evolución desfavorable, deberán hacerse discusiones colectivas del caso para tomar las medidas que sean pertinentes.

7.2.7 Pueden ser remitidos enfermos a otras Unidades de Salud de mayor nivel, con miras a la realización de procedimientos diagnósticos de mayor amplitud o grado de complejidad, o para variantes especiales de tratamiento.

7.2.8 Se utilizará para el diagnóstico bacteriológico fundamentalmente el hemocultivo, para confirmación diagnóstica, identificación de la cepa y antibiograma. Tienen menor importancia las muestras de esputo, no así las muestras obtenidas por cepillado bronquial.

## **8. VIGILANCIA**

- 8.1 Implantar el sistema de vigilancia para detectar los cambios en el comportamiento de la mortalidad y de la morbilidad, así como el estudio etiológico en sitios centinelas.
- 8.2 Los epidemiólogos de los CMHE y CPHE y el IPK, mantendrán actualizadas las series cronológicas semanales de consultas por IRA, del año en curso y al menos, de 4-6 años anteriores, con el propósito de aplicar técnicas de pronóstico de epidemias, utilizando las técnicas de establecimiento de los umbrales epidémicos, la de los niveles de control y la del pronóstico local de epidemias, según lo permitan los recursos y la organización disponible.
- 8.3 Los epidemiólogos de los CPHE y CMHE de las cabeceras de provincia aplicarán técnicas de determinación de los excesos de mortalidad por IRA para lo cual dispondrán de la notificación semanal, del número total de fallecidos por todas las causas y de los fallecidos por IRA (o por Influenza o Neumonías), para determinar la mortalidad excesiva.
- 8.4 Los Médicos de la Familia notificarán al Director del Policlínico el aumento inusual del número de enfermos con IRA consultados entre su población, especialmente en niños menores de 5 años y en los ancianos.
- 8.5 Los epidemiólogos de los CMHE, UMHE y Subdirectores de Higiene y Epidemiología del área de salud, notificarán al nivel superior el incremento inusual en un tiempo dado del número de enfermos de IRA en su territorio de atención, en particular en instituciones cerradas tales como: círculos infantiles, internados de primaria, centros de enseñanza, hogares de ancianos y de impedidos físicos y mentales, grandes centros de trabajo y otros centros de importancia.
- 8.6 Los epidemiólogos de los CMHE, UMHE y Subdirectores de Higiene y Epidemiología del área de salud, en compañía de otros profesionales y técnicos del nivel municipal y provincial (según corresponda) verificarán la existencia del brote epidémico, definirán su magnitud y caracterizarán todos sus aspectos clínicos y epidemiológicos.
- 8.7 El epidemiólogo de la UMHE o CMHE (o CPHE) y Subdirectores de Higiene y Epidemiología del área de salud, en colaboración con el equipo del laboratorio de microbiología, obtendrá las muestras correspondientes (según las características clínico-epidemiológicas del brote) en un conjunto de enfermos típicos (y en personas sanas a manera de controles si fuese necesario), en los primeros momentos del brote, antes de aplicar alguna medida de tratamiento colectivo o individual.
- 8.8 El epidemiólogo, conjuntamente con el resto del equipo de salud aplicará en forma urgente las medidas de control frente al foco de infección.
- 8.9 El epidemiólogo llevará a cabo el informe final sobre el brote al efectuar el alta epidemiológica del colectivo.

8.10 Los CPHE garantizarán el desarrollo del sistema de vigilancia, según se establece en el anexo 4.

8.11 Los laboratorios de bacteriología llevarán a cabo, en los sitios centinelas, los exámenes para el diagnóstico de los agentes bacterianos o vírales causales.

8.12 Los técnicos de bacteriología y el personal profesional tomarán las muestras de los distintos materiales de acuerdo con indicación del sistema de vigilancia correspondiente.

8.13 Las Direcciones Provinciales de Higiene y Epidemiología seleccionarán en su provincia, sitios centinelas ubicados en un Hospital Pediátrico, un Hospital Clínico Quirúrgico y un Hogar de ancianos.

8.14 El IPK será el encargado del monitoreo de los exámenes a realizar por los laboratorios de bacteriología y virología.

## **9. ACTIVIDADES EDUCATIVAS.**

9.1 Los especialistas del Centro Nacional de Educación para la Salud elaborarán materiales escritos en forma de plegables y carteles sobre los aspectos educativos de la prevención y el manejo terapéutico de las IRAs dirigido a las madres y otros miembros del núcleo familiar y a la población en general.

9.2 Entrenar y actualizar sistemáticamente al personal técnico y profesional de la Salud sobre las IRAs.

9.3 Los Grupos Nacionales de Neumología y de Pediatría orientarán la impartición periódica de cursos sistemáticos para el entrenamiento y actualización del personal técnico y profesional de la salud sobre el manejo de las IRAs, de forma tal que se capacite el 80% del personal médico al año.

9.4 Los especialistas designados para el trabajo de los Sitios Centinelas serán los encargados de la estrategia educativa en la unidad.

## **10 EVALUACION.**

La evaluación será realizada atendiendo a los aspectos epidemiológicos y administrativos. Comprenderá la aplicación de indicadores cuantitativos y cualitativos. Tendrá periodicidad mensual trimestral y anual para cada nivel de la organización político-administrativa.

### **10.1 Principales indicadores evaluados:**

Porcentaje de reducción de la mortalidad en los grupos de riesgo (más de 65 años y menores de 5 años).

Porcentaje de enfermos de IRA GRAVE en enfermos de IRA diagnosticados y registrados

en las consultas de atención primaria.

Letalidad por Influenza y Neumonías por edades en servicios hospitalarios.

Porcentaje de brotes epidemiológicos estudiados.

Porcentaje de virus aislados e identificados.

Porcentaje de cobertura de la encuesta anual de inmunidad.

Porcentaje de población inmunizada por grupos de edades.

Alguno de estos indicadores serán obtenidos a partir del sistema de estadística continua y de la vigilancia epidemiológica, y otros de las investigaciones aplicadas y de las visitas de control y ayuda y en las inspecciones.

La supervisión tendrá periodicidad trimestral en el nivel municipal, semestral en el provincial y anual para el nivel central. Comprenderá los aspectos cualitativos de la atención médica y la epidemiológica, atendiendo a los indicadores cualitativos del programa, además de los aspectos cuantitativos esperados por los indicadores de este tipo. Ambos aspectos estarán dirigidos a comprobar el adecuado cumplimiento de las normas de atención médica, de microbiología y de epidemiología en los distintos niveles de aplicación del programa.

## ANEXO 1. CLASIFICACION INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

□□□□□□□□□□□□□□□□

### □ IRA ALTAS □

□□□□□□□□□□□□□□□□

#### NO COMPLICADAS

- Rinofaringitis Aguda
- Faringoamigdalitis con ulceraciones o vesículas
- Faringoamigdalitis con exudados o membranas

#### COMPLICADAS

- Adenitis
- Otitis Media
- Absceso periamigdalino y retrofaríngeo
- Sinusitis
- IRA Bajas

□□□□□□□□□□□□□□□□

### □ IRA BAJAS □

□□□□□□□□□□□□□□□□

#### NO COMPLICADAS

- I.- Crup Infecciosos
- Laringitis espasmódica
  - Epiglotitis
  - Laringitis (L)
  - Laringotraqueitis (LT)
  - Laringotraqueobronquitis (LTB)

II.-Bronquitis y Traqueobronquitis

III.-Bronquiolitis

IV.-Neumonías

- Neumonía Lobar
- Bronconeumonías
- Neumonías Intersticiales

#### COMPLICADAS

- Atelectasia
- Empiema
- Absceso pulmonar
- Mediastinitis
- Pericarditis
- Neumotorax
- Edema pulmonar
- Traqueitis bacteriana

## CONTINUACION ANEXO 1

### FACTORES DE RIESGO PARA LA NEUMONIA Y LA MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 15 AÑOS

1-Bajo Peso al Nacer

2-Malnutrición

3-Corta edad (< 6 meses)

4-Prácticas inapropiadas de lactancia materna

5-Falta de inmunizaciones

6-Presencia de afecciones Respiratorias neonatales

#### 7-*Enfermedades crónicas*

- Anomalías Congénitas del Aparato respiratorio
- Anomalías cardiovasculares
- Afecciones neuromusculares
- Asma, Fibrosis Quística y otras enfermedades crónicas pulmonares
- Inmunodeficiencias

#### 8-*Contaminación Ambiental*

- Humo de cigarro
- Combustibles domésticos
- Otros contaminantes

#### 9-*Riesgo Social*

- Hacinamiento
- Problemas culturales
- Dificultades económicas
- Vivienda en lugares distantes y poco accesibles a la atención médica

#### 10-Otros factores de riesgo

Uso pevio de antibiotico

Asistencia a institución infantil

Egreso hospitalario de 10 días o menos

Otros

El médico debe siempre valorar los factores de riesgo presentes en cada niño que presente una IRA y especialmente en aquellos con Neumonía. En el curso de las epidemias de **Bronquiolitis** la valoración de estos factores adquiere especial relevancia.

A medida que aumenta el número de factores de riesgo presentes en el niño, se incrementa el riesgo de morbilidad grave y muerte, por lo cual deben ser seguidos estrechamente, ya sea en el hogar o en el hospital. **Los dos factores de riesgo más importantes son el bajo peso al nacer y la malnutrición proteico energética.**

Se señalan como otros factores de riesgo el enfriamiento, la prevalencia alta de portadores nasofaríngeos de bacterias, así como el déficit de vitamina A, de menor importancia en nuestro medio.

## ANEXO 2: MANEJO ESTANDAR DE CASOS

El manejo standard de los casos, tal y como señala la OPS, constituye la piedra angular del Programa de Control de las Infecciones Respiratorias Agudas. Sus cuatro puntos básicos deben ser cumplidos en el orden secuencial establecido, para obtener los resultados esperados.

### DIAGNOSTICO-CLASIFICACION-EVALUACION-TRATAMIENTO

En las actividades señaladas previamente está contenido como el médico debe llegar al **Diagnóstico** de la enfermedad que el niño presenta, **clasificándola** en Alta ó Baja, No Complicada ó Complicada. Este **diagnóstico** topográfico y sindrómico, unido a elementos epidemiológicos que el médico puede conocer, como la circulación de determinado **virus** en ese momento, o el comportamiento epidémico por bronquiolitis o laringitis, por ejemplo, permiten llegar también a un posible **diagnóstico etiológico**.

El médico debe entonces realizar la **Evaluación** del paciente, la cual se basa en tres elementos:

- \* **Diagnóstico probable**
- \* **Severidad del proceso**
- \* **Factores de riesgo presentes**

Posteriormente se decidirá e indicará las investigaciones complementarias para apoyar o confirmar el diagnóstico, si fueran necesarias. Cuando ya se ha realizado esta **Evaluación**, el médico está en condiciones de decidir y aplicar el **tratamiento standard** de casos y determinar si el niño es tributario de un seguimiento ambulatorio, ingreso en el hogar u hospitalización.

En el momento de la evaluación y más tarde, durante el seguimiento, se debe vigilar la aparición de los signos de gravedad y/o evolución desfavorable, especialmente en los menores de un año.

#### ***Signos de gravedad:***

- **Polipnea mayor de 50 por minuto**
- **Tiraje**
- **Aleteo nasal**
- **Cianosis**
- **Rechazo a los alimentos**
- **Trastornos hemodinamicos**
- **Otros**

## **ANEXO 3: TRATAMIENTO ESTANDAR DE CASOS PARA LAS IRA EN MENORES DE 15 AÑOS**

### **IRA ALTAS NO COMPLICADAS**

#### \* Rinofaringitis Agudas

Son vírales en su mayoría y no se emplean antibióticos.

#### \* Faringoamigdalitis con ulceraciones o vesículas

Son vírales en su mayoría y no se emplean antibióticos

#### \* Faringoamigdalitis con exudados o membranas

**- Posible etiología por *Streptococo beta hemolítico del grupo A*. Se puede utilizar uno de los siguientes antibióticos:**

- Penicilina RL 500 000 a 1 millón de unidades IM por día, *dosis única, por diez días*
- Penicilina Benzatínica, una dosis única de 600 000 unidades IM.
- Penicilinas orales: Fenoximetil-penicilina, Amoxicilina o Ampicilina por 10 días
- Eritromicina u otros macrólido
- Cefalosporinas orales

No se recomienda el Cotrimoxazole (Sulfaprim), ya que se reportan muchas cepas de *Streptococos beta hemolítico* resistentes.

Las Oxacillinas (Oxacillín, Cloxacillín, Dicloxacillín) sólo se usan en las infecciones producidas por estafilococos productores de penicilinasas no resistentes a las meticilinas y no en las amigdalitis por *Streptococo*.

**La atención médica de estas tres entidades es generalmente ambulatoria.** La evaluación individual de cada caso, de acuerdo a la presencia de factores de riesgo y la severidad del proceso, determinará las características del seguimiento. Debe prestarse especial atención a los signos precoces de la aparición de complicaciones.

### **IRA ALTAS COMPLICADAS**

#### • Otitis Media y Sinusitis Agudas

Las etiologías más frecuentes son bacterianas, por *Neumococo*, *H. influenzae* no tipificable y *Moraxella Catarralis*.

*Se emplea uno de los antibióticos siguientes:*

- Cotrimoxazole 50mg/Kg/día de Sulfimetoxazole en 2 subdosis
- Amoxicillín 20-40 mg./Kg./día en 3 subdosis
- Eritromicina o cualquier otro macrólido a las dosis establecidas

- Cefalosporinas, orales preferiblemente
- Penicilina RL 500 000 a 1 millón de unidades diarias dosis única

"El tratamiento de la otitis es de 7 a 10 días. Los tratamientos de las Sinusitis deben ser prolongados, al menos de 2 a 4 semanas, de acuerdo a la evolución del paciente. **Generalmente el tratamiento es ambulatorio, pero en el caso de factores de riesgo importantes y/o procesos severos, el ingreso está indicado.** Estas condiciones también decidirán las características del seguimiento."

## **IRA BAJAS NO COMPLICADAS**

- **Epiglotitis Aguda**

Es producida por el H. influenzae tipo B. **El tratamiento de esta entidad requiere hospitalización.** La medida más urgente es la permeabilización de las vías aéreas, que debe realizarse antes de cualquier otra. Posteriormente se iniciará tratamiento con uno de los antibióticos siguientes:

- Cefalosporina de tercera generación
- Cloramfenicol EV
- Cualquier otro antibiótico que actúe sobre H. influenzae

- **Crup Infeccioso**

Son de etiología viral y no se utilizan antibióticos. Los esteroides pueden beneficiar a estos pacientes. Se administran a las dosis habituales por no más de 48 horas. **Ingresarán los pacientes con cuadros moderados y severos, lo que se decide individualmente, mediante la evaluación del caso.**

- **Laringotraqueitis y Laringotraqueobronquitis Purulentas**

Son de etiología bacteriana, principalmente por Estafilococos aureus y H. influenzae. **En los casos de Laringotraqueitis y laringotraqueobronquitis purulentas, está indicado el ingreso hospitalario y el uso de antibióticos,** además de la permeabilización de las vías areas siempre que se requiera.

- **Bronquiolitis Agudas**

Son de etiología viral. Se observan en niños menores de dos años, la mayoría en menores de 6 meses. Puede acompañarse de fiebre, dificultad para alimentarse y en casos graves cianosis y apnea.

La valoración clínica adecuada y la presencia o no de factores de riesgo, determinará si el niño requiere ser hospitalizado, la cual debe ser jerarquizada por el personal más calificado. Los niños con procesos ligeros y sin factores de riesgo pueden ser tratados ambulatoriamente, con ingreso en el hogar.

El seguimiento de estos niños en el hogar debe ser sobre la base de la frecuencia respiratoria (FR) tomada al minuto, teniendo en cuenta la edad.

Mientras la FR se mantenga estable y el niño pueda tomar, puede permanecer en el hogar.

**- Una modificación negativa es indicación de remisión inmediata.**

**Las Medidas Generales indicadas son:**

- Mantener la lactancia materna. Los niños lactados por su madre tienden a hacer formas más ligeras
- No se recomienda la humidificación ni la fisioterapia
- Lavado frecuente de las manos, ya que constituyen una de las vías de la transmisión del virus

**Las Medidas Específicas son:**

- Se desaconseja el uso de antibióticos, que sólo tendrán indicación en presencia de otitis media o de neumonía bacteriana como complicaciones
- Los esteroides no son útiles y pueden resultar peligrosos
- Los broncodilatadores no son importantes, ya que aunque existe cierto grado de broncoespasmo por liberación de algunos mediadores, hay poca respuesta clínica y las reacciones colaterales pueden ser importantes en niños pequeños. No deben usarse en casos ligeros de manejo ambulatorio.
- La oxigenoterapia es la medida más importante en casos moderados y severos.
- La ventilación mecánica puede ser necesaria en casos muy graves con insuficiencia respiratoria.

• **Neumonía Bacteriana adquirida en la comunidad**

**Menores de 2 meses**

- Cefalosporina de tercera generación (Cefotaxime o Ceftriaxone), ó
- Penicilina + Aminoglucósido

**Mayores de 2 meses**

- Paciente con neumonía, complicada o con estado séptico:
- Cefalosporina de tercera generación o Penicilina +Cloramfenicol
- Paciente con neumonía no complicada, sin factores de riesgo importantes:
- Penicilina cristalina por 24 o 48 horas, seguida de Penicilina RL hasta completar 7 a 14 días

**Todo niño menor de un año con neumonía debe ser ingresado siempre.**

Para los pacientes mayores de un año con **neumonía ligera, sin complicaciones y sin factores de riesgo**, puede utilizarse la modalidad de ingreso en el hogar, con seguimiento diario del médico de la familia e interconsulta del Pediatra del Grupo Básico de Trabajo (al

ingreso, 24 h, 48h y 72h), debiendo tener siempre la radiografía de tórax del paciente. El resto de los niños debe ser ingresado siempre.

### **IRA BAJAS COMPLICADAS**

***Todos estos cuadros requieren ingreso hospitalario.***

## **ANEXO 4. MANEJO DE LAS IRAS EN MAYORES DE 15 AÑOS**

1. El médico de asistencia deberá interrogar y examinar físicamente al enfermo, prestando atención a lo siguiente:
  - Forma de aparición y evolución de los síntomas y signos respiratorios.
  - Observará la coloración de la piel y mucosas.
  - Observará los movimientos de la jaula torácica.
  - Medirá la frecuencia ventilatoria y la temperatura.
  - Buscará signos estetoacústicos pulmonares (estridor, sibilancia o signos de condensación pulmonar)
  - Examinará la garganta, nariz y oídos.
  - Examen físico general para evaluar posible descompensación de enfermedad crónica

### **2 ENFERMEDAD MUY GRAVE:**

- 2.1. Considerará como enfermedad MUY GRAVE, aquellos episodios en los que estén presentes la tos y uno o más de los siguientes síntomas o signos:
  - Polipnea en reposo > 32 por minuto.
  - Tiraje.
  - Cianosis Central.
  - Estridor en reposo.
  - Hipotermia (Temperatura <35.5\_C).
  - Alteraciones de la conducta (gran adinamia o agitación psicomotora).
  - Hemoptisis.

Puede tratarse de: Neumonía Grave, Supuración Pulmonar, Empiema, Sepsis, Meningitis u otra afección muy grave

**Conducta: Estos enfermos deberán ser remitidos urgentemente al hospital.**

#### 2.2 Tratamiento en el Hospital

- 2.2.1 Mantener las vías aéreas permeables según las técnicas que puedan ser aplicables a cada caso (drenaje de secreciones, aspiración traqueo-bronquial, técnicas de terapia física como puñopercusión o masajes con equipos de vibración eléctrica, de la caja torácica).

2.2.2 Terapia con Oxígeno con vistas a aumentar la saturación de la Hemoglobina al menos al 85-90%:

- Utilizar cánula nasal con flujo de O<sub>2</sub> entre 2-5 Lts por minuto.
- Si se requieren concentraciones del O<sub>2</sub> del 60-80% por tiempo prolongado, sería indicado la intubación endotraqueal o la ventilación mecánica.

2.2.3 Garantizar un buen balance hidromineral, por vía endovenosa.

2.2.4 Tratar la obstrucción de las vías aéreas.

- Aminofilina: 1mg/Kg/h en adultos jóvenes o mediana edad
- Prednisona: 1-2 mg/Kg. IV c/4-6 h, según gravedad.
- Metilprednisolona: 1-2 mg/Kg. iv c/4-6 horas, según gravedad.
- Succinato Sódico de Hidrocortisona: 4 mg/ Kg IV c/ 2-4 horas, según gravedad.

2.2.5 Medir frecuencia respiratoria, pulso, tensión arterial y temperatura de forma permanente (si se cuenta con monitor) o c/ 2 horas (si no se cuenta con monitor).

2.2.6 Evaluar ph, Pa O<sub>2</sub> y Pa CO<sub>2</sub> y la PVC cada 6 horas o según gravedad del enfermo.

2.2.7 Vigilar la aparición de complicaciones y tratarlas oportuna y adecuadamente.

2.2.8 Antibióticos: Se deberá comenzar con Penicilina cristalina 500 000 - 1000 000 Unidades IM o EV c/4 - 6 horas durante 72 horas como mínimo y después continuar con Penicilina Procaínica 500 000 - 1 000 000 IM c/12 horas hasta completar 14 días de tratamiento.

En caso de intolerancia a la Penicilina se utilizarán Cefalosporinas.

En los casos en que se confirme la presencia de otro agente que no sea el *Streptococo pneumoniae* o *Streptococo pyógenes* o que la evolución clínica del enfermo no haya sido favorable con el tratamiento inicial administrado, deberán ser utilizados otros antibióticos según orientaciones de las Normas Nacionales y de los resultados de las pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos.

### **3 MODERADAMENTE GRAVE O DE CUIDADO:**

3.1. Puede considerarse al enfermo como Moderadamente Grave o de Cuidado cuando presenta tos y uno o más de los siguientes síntomas y signos:

- Expectoración purulenta o hemoptoica
- Dolor torácico
- Sibilancia u opresión torácica
- Fiebre > de 38.5\_C y/o Escalofríos
- Gran Astenia
- Malestar general
- puede ser Neumonía, también puede ser Asma u otro proceso respiratorio crónico en fase de agudización.

### **4 Conducta en casos de NEUMONIA**

En dependencia del estado general del enfermo, de la presencia de alguna enfermedad importante de base en fase de descompensación, de las condiciones socioeconómicas y de la

accesibilidad a los servicios de salud, se decidirá su tratamiento en el hogar o el ingreso hospitalario.

4.1- Tratamiento en el hogar.

4.2- Medidas de sostén

4.3- Garantizar una adecuada ingestión de líquidos.

4.4- Utilizar un Antibiótico durante 10-14 días:

- Penicilina G Procaínica 500 000- 1 000 000 Uds IM C/12 horas
- Amoxicilina 250-500 mg C/6 horas vía oral.
- Oxacilina 250-500 mg C/6 horas vía oral.
- Eritromicina 250-500 mg C/6 horas vía oral.
- Tetraciclina 250-500 mg C/6 horas vía oral.
- Cloranfenicol 250-500 mg C/6 horas vía oral.
- Sulfametoxazol/trimetoprim (Cotrimoxazole) 800 SMX y 160 TMP C/12 horas vía oral.

4.5- Tratar la sibilancia.

4.6- Tratar la Fiebre:

- Acetaminofén (Paracetamol) 50-60 mg/kg/día.
- Diproona
- Acido Acetil Salicilico: 0.5 gm. 4-5 veces al día.

## **5- RESFRIADO O CATARRO COMUN:**

5.1. Se considera como un **RESFRIADO o catarro común** cuando el enfermo presenta tos, sin polipnea ni tiraje, acompañada de:

- Fiebre >38.5\_C
- Malestar general
- Dolores osteoarticulares
- Coriza o taponamiento nasal
- Expectorcación mucosa

También puede ser: Gripe, Bronquitis, Laringitis.

Se trata de alguna infección de etiología viral. No es necesaria la administración de antibióticos, salvo complicaciones bacterianas.

### **Conducta: Tratamiento domiciliario.**

5.1- Orientar las medidas de sostén.

5.2- Orientar que se mantengan las vías aéreas permeables.

5.3- Tratar la fiebre.

5.4- Evaluar la aparición de complicaciones y tratarlas si aparecen.

Los problemas de GARGANTA Y OIDO seguirán los mismos criterios y orientaciones de manejo como aparecen en el Subsistema de Atención a los menores de 15 años.

## **ANEXO 5. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA INFLUENZA Y OTRAS INFECCIONES INFLUENZA Y OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.**

El proceso de vigilancia de estas infecciones se ha basado fundamentalmente en:

- La notificación de episodios de IRA en los servicios externos de las unidades de salud.
- La notificación de las causas de muerte debidas a infecciones respiratorias
- Estudios serológicos para diagnósticos retrospectivos de brotes epidémicos.
- Estudios serológicos para identificar la circulación de agentes vírales en grupos específicos a manera de poblaciones centinelas
- -Aislamiento e identificación de cepas vírales y bacterianas.

### **PREMISAS PARA EL DESARROLLO DE LA VIGILANCIA**

- NO EXISTE LA POSIBILIDAD DE TENER UNA VIGILANCIA COMPLETA NACIONAL por tanto se requiere concentrar el esfuerzo y recursos en los médicos centinelas y en servicios centinelas en centros hospitalarios seleccionados
- RESULTA VITAL LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA DE LOS MÉDICOS, para la detección y notificación temprana de la situación epidemiológica.
- NECESIDAD DEL DIAGNOSTICO RAPIDO DEL AGENTE ETIOLOGICO, para el aislamiento y caracterización oportuna.
- BRINDAR LA INFORMACION OPORTUNA al Sistema Nacional de Salud,

### **ESTRATEGIAS PROPUESTAS**

- Extensión progresiva del proceso centinela (poblaciones, unidades, médicos y sitios centinelas)
- Incorporar el desarrollo tecnológico para el aislamiento, identificación, caracterización de cepas en el laboratorio nacional y rescatar la capacidad de diagnóstico de las unidades hospitalarias seleccionadas.

### **PROPOSITOS GENERALES DEL SISTEMA PROYECTADO**

- 1.- Detectar TEMPRANAMENTE la existencia de casos sospechosos, probables o confirmados de IRA, en la población.
- 2.- Identificar RÁPIDAMENTE la circulación de agentes etiológicos virales y bacterianos en la población.
- 3.- Mantener ACTUALIZADA la información sobre la ocurrencia y propagación de las IRA, tanto nacional como internacionalmente.
- 4.- RETROALIMENTAR de los resultados de la vigilancia a la red de médicos y centros centinelas y demás niveles del Sistema Nacional de Salud.
- 5.- APORTAR elementos técnicos para el enfrentamiento y control de brotes y epidemias

de IRA.

## **NIVELES DE SALUD PARTICIPANTES**

Dirección Nacional de Atención Ambulatoria.

Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí.

Dirección Nacional de Epidemiología.

Dirección Nacional Materno Infantil.

Dirección Municipal de Salud de Marianao.

Consultorios de Médicos de Familia seleccionados.

Centros Hospitalarios seleccionados.

Otros Centros de Salud (Hogares de Ancianos) y Educativos

Centros Turísticos (Hoteles) y Aeropuertos

CPHE, CMHE y UMHE de provincias seleccionadas

Instituto Finlay.

Dirección Nacional de Asistencia Social.

## **FUNCIONES DE CADA NIVEL PARTICIPANTE**

El Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, conjuntamente con la Dirección Nacional de Epidemiología, serán responsables de:

a.- Diseñar el proyecto de Vigilancia

El Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, conjuntamente con la Dirección Nacional de Atención Ambulatoria, serán responsables de:

b.- Participar en la selección del personal médico.

El Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí será responsable de:

c.- Capacitar a los médicos centinelas seleccionados en materia de clínica, epidemiología y diagnóstico de laboratorio de las IRAs, así como en las medidas iniciales de lucha antiepidémica.

d.- Ejecutar junto a los médicos centinelas, la vigilancia epidemiológica especial.

e.- Recibirá y controlará la información proporcionada directamente por los médicos y servicios hospitalarios centinelas.

g.- El laboratorio de virus respiratorios del IPK realizará los diagnósticos virológicos necesarios para establecer la etiología de la enfermedad en estudio.

h.- Los laboratorios de microbiología de los hospitales seleccionados realizarán el diagnóstico bacteriológico y entregarán los aislamientos al laboratorio de bacterias respiratorias del IPK.

i.- El IPK informará a la Dirección Nacional de Epidemiología y la Unidad Nacional de Análisis y Tendencias del MINSAP a través del parte diario del Sistema de Información Directo (SID).

j.- El IPK garantizará información de retroalimentación a todos los médicos centinelas y servicios centinelas, propiciándoles los resultados de sus indicaciones de laboratorio y enviándoles semanalmente el Boletín Epidemiológico del IPK.

En la Atención Primaria de Salud: ( Consultorios de Médicos Centinelas )

El médico anotará en el documento oficial de registro de los pacientes atendidos (hoja de cargo modelo No. 18-144), los datos de cada persona que consulten de acuerdo con el código o clasificación vigente del MINSAP.

Notificará inmediatamente por teléfono (al 246664 del servicio de vigilancia del IPK) de la ocurrencia de brotes o casos de enfermedades o síndromes sometidas a vigilancia o cualquier otro evento raro o cuadro desconocido para él.

Registrará en el modelo establecido (anexo 1 envío de muestras) el nombre, edad, dirección exacta y el resto de la información a todo paciente con un cuadro sospechoso de enfermedad.

Semanalmente (cada martes) comunicará si detectó incremento inusual del número de casos de IRA y se procederá por el IPK al estudio particular del posible brote epidémico.

Semanalmente comunicará telefónicamente al IPK notificación negativa en caso de no detectar incidencias en la semana precedente.

#### En la Atención Secundaria: Servicios Centinelas en Centros Hospitalarios seleccionados:

Los Médicos Centinelas del Servicio Externo (Cuerpo de Guardia) anotarán en el documento oficial de registro de los pacientes atendidos (hoja de cargo modelo No. 18-144), los datos de cada persona que consulten de acuerdo con el código o clasificación vigente del MINSAP.

El Médico Centinela del Servicio de Hospitalización (Sala de Respiratorio en el caso de Hosp. Pediátrico o de Medicina Interna en Hospitales de Adultos) anotará en el documento oficial de registro de los pacientes atendidos (Historia Clínica), los datos de cada persona que ingresen de acuerdo con el código o clasificación vigente del MINSAP.

En ambos casos los Médicos Centinelas:

Notificarán inmediatamente por teléfono (al 246664 del servicio de vigilancia del IPK) de la ocurrencia de brotes o casos de enfermedades o síndromes sometidas a vigilancia o cualquier otro evento raro o cuadro desconocido para él.

Registrarán en el modelo de indicación establecido (anexo 1 envío de muestras) el nombre, edad, dirección exacta y el resto de la información a todo paciente con un cuadro sospechoso de enfermedad.

Semanalmente la Unidad Centinela (cada martes) comunicará al IPK si detectó incremento inusual del número de casos de I.R.A. y se procederá por el IPK al estudio particular del posible brote epidémico.

Semanalmente comunicará telefónicamente al IPK notificación negativa en caso de no detectar incidencias en la semana precedente.

#### En el laboratorio de virus respiratorios del IPK:

El IPK llevarán a cabo, en los consultorios y servicios centinelas, los exámenes para el diagnóstico de los agentes virales.

En una primera etapa personal del laboratorio de virus respiratorio orientará en la selección de los casos y tomará las muestras, lo que servirá de adiestramiento, posteriormente esta actividad será responsabilidad de los médicos centinelas y enfermeras del área, los cuales conservarán las muestras para su traslado al laboratorio lo cual es responsabilidad del IPK.

Los hospitales seleccionados se visitarán 2 veces por semana (martes y jueves) y se tomarán las muestras a los casos seleccionados, se entrenará de nuevo al personal para la toma de muestra y su conservación para ser trasladado al laboratorio, que es responsabilidad del IPK. Se tomarán muestras esos días en la Sala de terapia a solicitud.

#### En el laboratorio de bacterias respiratorias del IPK:

Los diagnósticos bacteriológicos de las unidades hospitalarias seleccionadas serán realizados por los respectivos laboratorios de microbiología de las unidades y el IPK recogerá los aislamientos obtenidos.

Los hospitales seleccionados se visitarán 2 veces por semana (martes y jueves) y se recogerán los aislamientos lo cual es responsabilidad del IPK. Se tomarán muestras esos días en la Sala de terapia a solicitud.

El IPK informará semanalmente los resultados de la vigilancia realizada y la interpretación de la circulación de los agentes etiológicos así como de la resistencia (cuando se detecte) bacteriana a los antibióticos.

La información de retroalimentación la pueden solicitar por teléfono 22-0426 al 46 ext. 3083, 3072 ó 3155 y los informe de resultados se llevan en la próxima visita al hospital.

NO se estudiarán todos los casos que se presenten en cualquiera de los sitios centinelas seleccionados, se tomarán dentro de los casos más típicos y con mayor posibilidades de obtener positividad por diagnóstico rápido ó aislamiento una muestra representativa.

La información de los casos estudiados además de la retroalimentación a los sitios centinelas seleccionados se enviará por correo electrónico a:

- Subdirección de Epidemiología del IPK
- Dirección Nacional de Epidemiología
- U.A.T.S. Nacional y Provincial.

Los CPHE a través de los CMHE y UMHE garantizarán la vigilancia de la ocurrencia de brotes de IRA, en los cuales definirán su magnitud, caracterizarán todos sus aspectos clínicos y epidemiológicos, lo notificarán al IPK y establecerán con esta unidad las coordinaciones para la determinación estudio correspondiente.

El Instituto Finlay trabajará en el desarrollo de los medios para diagnóstico rápido de las IRAs de etiología viral.

### **CRONOGRAMA DE TRABAJO**

Primera etapa julio/98 confección del programa.

Segunda etapa Marzo-Junio/99: selección y capacitación del personal médico de los centros centinelas y la búsqueda de recursos

Tercera etapa inicio de la vigilancia a partir del mes de Junio de 1999.

Cuarta etapa (Enero 2000): Valoración de resultados y posible extensión hacia la provincia Santiago de Cuba.

### **EVENTOS BAJO VIGILANCIA:**

La vigilancia por el médico o servicio centinela se basará en la sospecha de cambios en la morbilidad y mortalidad por IRA, a partir de la siguiente definición de caso:

Caso clínico: Es toda persona con fiebre  $> 39^{\circ}\text{C}$ , síntomas respiratorios, mialgia y dolor de cabeza de instalación aguda.

Caso Sospechoso: Es toda persona que cumple con la definición de caso clínico.

Caso Probable: Es toda persona que cumple con la definición de caso clínico y esta asociado epidemiológicamente a un caso confirmado.

Caso Confirmado: Es toda persona que cumple con la definición de caso clínico y tiene la confirmación de laboratorio (diagnóstico directo para la detección de antígeno viral o aislamiento).

Brotos: La ocurrencia de 2 ó más casos asociados en tiempo y espacio, con fines prácticos esto se aplicará fundamentalmente en instituciones cerradas.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE CASOS:**

#### **Influenza o Gripe**

##### **Lactantes y menores de 5 años:**

- Tos, estornudo, fiebre severa, convulsiones febriles en niños menores de 5 años, dolor abdominal, vómito, diarrea, mareo y delirio.

##### **Adultos :**

a) Comienzo agudo: Fiebre inusualmente entre  $38$  y  $40^{\circ}\text{C}$ , cefalea, dolor ocular, fotosensibilidad, mialgia, dolor de garganta, tos no productiva, rinorrea.

b) Comienzo rápido : De 2 a 4 días de fiebre, usualmente con recuperación rápida.

#### **IRA baja (Neumonía)**

##### **Para niños menores de 5 años**

$< 2$  meses: aumento de la frecuencia respiratoria  $> 60$ / minuto, sibilancia, tiraje intercostal severo, apnea. fiebre, cianosis distal.

2-11 meses: aumento de la frecuencia respiratoria  $> 50$ / minuto, sibilancia, estridor, tiraje intercostal, apnea y fiebre.

1-4 años: aumento de la frecuencia respiratoria  $> 40$  /minuto, sibilancia, tiraje intercostal, estridor, apnea y fiebre.

y/o Cualquier paciente identificado por un médico del servicio con tener Infección del Tractus Respiratorio Bajo (ITRB) basado en otros resultados clínicos.

Se estudiarán todos los niños de 0 a 5 años de edad, o ancianos de más de 60 años que se presenten con Infección del Tracto Respiratorio Bajo (ITRB), que sean admitidos en la Unidad de Terapia o en el Servicio de Respiratorio del Hospital y satisfagan los criterios de inclusión. Se recogerán los datos empleando un cuestionario estandarizado.

### **CRITERIO DE EXCLUSIÓN DE CASO:**

Todo caso que exceda de 96 horas de haber comenzado los primeros síntomas de IRA alta o baja quedará excluido.

### **EVALUACIÓN**

El IPK realizará una evaluación mensual del cumplimiento por los médicos del reporte, tanto positivo como negativo.

Se aspira a alcanzar el 80 % de reporte a los tres meses y el 90 % a los 6 meses.

Los médicos que dejen de informar por más de 2 semanas consecutivas serán visitados para identificar las causas del NO REPORTE.

Se establecerá la evaluación trimestral del índice de positividad por médico y patología detectada, lo cual será comunicado a los médicos respectivos con las recomendaciones correspondientes.

Se compararán los resultados de la vigilancia especial de médicos centinelas con la información general de la vigilancia con el fin de identificar si el nivel de sensibilidad del sistema es al menos tan eficiente como el sistema habitual.

### **PRINCIPALES INDICADORES A EVALUAR**

Porcentaje de cumplimiento en las notificaciones positivas y negativas por médico y servicio centinela.

Porcentaje de brotes epidémicos estudiados.

Porcentaje de positividad de los brotes y casos estudiados.

Porcentaje y tipos de virus y bacterias aislados e identificados.

## **DESARROLLO DE LA VIGILANCIA EN CIUDAD DE LA HABANA**

### **OBJETIVOS**

1. Identificar y notificar, los episodios de Infecciones Respiratorias Agudas, especificando aquellos que corresponden al cuadro sindrómico de enfermedad similar a Influenza (ESI), para identificar el patrón de comportamiento no epidémico y detectar tempranamente la ocurrencia de situaciones epidémicas.
2. Notificar, los episodios de Infecciones Respiratorias Agudas, especificando aquellos que corresponden al cuadro clínico de una Neumonía e identificar la etiología de los mismos.
3. Aislar, identificar y caracterizar antigénicamente las cepas de virus de influenza y otros virus respiratorios así como también agentes bacterianos obtenidos de las muestras tomadas a los casos de ESI y casos de neumonía, ordenadas por los médicos centinelas, médicos de atención secundarias y de los estudios de brotes epidémicos.

## METODOS: TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para cumplimentar el objetivo # 1:

1.1- Se seleccionará un conjunto muestral de médicos centinelas (9 médicos de familia) del municipio Marianao, 1 centro turístico (hotel Meliá Cohiba), 2 hospitales pediátricos William Soler (Sala de Respiratorio) y Juan M Márquez (Cuerpo de Guardia) y 1 hospital Clínico Quirúrgico se propone una Sala de Medicina Interna del Hospital General Docente Calixto García, 1 hogar de ancianos: "Lazo de la Vega", la Escuela Vocacional Lenin y 1 centro de trabajo: el Instituto "Pedro Kourí", los cuales deberán identificar, registrar y notificar diariamente al IPK los casos de IRA, particularmente los de ESI (personas con fiebre igual  $> 39^{\circ}\text{C}$ , tos, dolor o malestar de la faringe consignado la edad y otros datos mínimos pertinentes).

1.2 Los datos obtenidos semanalmente y procesados mediante el paquete Vigila, serán analizados e interpretados periódicamente por los epidemiólogos del Instituto Pedro Kourí quienes colaborarán en la identificación de situaciones epidémicas, harán los informes con las recomendaciones necesarias.

Para cumplimentar el objetivo # 2

2.1- Las unidades implicadas en el proyecto deberán identificar, registrar y notificar diariamente al IPK el número de casos de neumonías, especificando particularmente la etiología de estos consignado la edad y otros datos mínimos pertinentes.

2.2 El IPK recibirá los datos procedentes de la notificación de los médicos centinelas la cual será almacenada en una base de datos (epiinfo), analizada e interpretada en su acumulado semanal. El número consolidado semanal será transmitido a la UATS provincial y nacional.

2.3 Los datos obtenidos semanalmente y procesados mediante el paquete Vigila, serán analizados e interpretados periódicamente por los epidemiólogos del Instituto Pedro Kourí quienes colaborarán en la identificación del comportamiento de estas entidades y harán informes con recomendaciones.

Para cumplimentar el objetivo # 3

4.1- Los médicos de familias centinelas ordenarán la realización de la toma de muestras para investigación de agentes virales en los síndromes de los episodios sometidos a vigilancia, en coordinación con el IPK, para lo cual será necesario el entrenamiento del personal, la elaboración de las instrucciones pertinentes y la localización del traslado de los enfermos o las muestras.

4.2- Los médicos especialistas centinelas de los servicios de enfermedades respiratorias de los hospitales seleccionados como unidades centinelas, procederán también a tomar muestras para la

investigación bacteriológica y remitirlas a los laboratorios de sus respectivos hospitales.

4.3- Los laboratorios de microbiología de los hospitales seleccionados llevarán a cabo el procesamiento de las muestras obtenidas para lograr el aislamiento e identificación de las cepas de bacterias respiratorias mediante las técnicas que se ejecutan en ese nivel. Registrarán los resultados y los notificarán de inmediato a los médicos que ordenaron la investigación y entregarán los aislamientos al laboratorio nacional del IPK.

4.4- El laboratorio de virus respiratorio del IPK llevará a cabo las técnicas para el aislamiento y la caracterización antigénica de cepas de virus aisladas. Los datos nominales (quiere decir de casa paciente) de los resultados laboratorios de virología y bacteriología serán analizados, interpretados e informados semanalmente al servicio de epidemiología del IPK y consolidados a la UATS nacional y provincial de Ciudad Habana, utilizando paquetes como epiinfo y otros de información geográfica.