ANEXO 1
PLAN DE ASEGURAMIENTO LOGÍSTICO

Reactivos

- La demanda inicial presentada comprende 45 reactivos y 64 cadenas de Oligos (CEBADORES) para el análisis por técnicas de Biología Molecular de 10 000 muestras a un costo de 388 053.51 CUC. El estimado de muestras a realizar si se alcanza la fase de Epidemia es de 30 000, por lo que el costo total ascendería a 1 164 160.53 CUC.
- Para la atención a pacientes en Terapia Intensiva, es necesario incrementar al plan existente, 400 frascos x 50 determinaciones de glucosa, con un costo de 5128.00 CUC.
- Calculo del Costo total de la inversión en Reactivos:
  1 169 280.00 CUC.

Medicamentos

1. Oseltamivir: Se realizó el cálculo de las necesidades del medicamento antiviral, de acuerdo a las etapas de atención previstas:

Primera Etapa:

Adultos: Oseltamivir 75 miligramo cápsula

- Pacientes ingresados 225,000 cápsulas
- Contactos 1 250, 000 cápsulas
- Total 1 475,000 cápsulas

La disponibilidad actual es de 190,900 cápsulas, a lo cual se puede sumar las 153,000 cápsulas ya producidas por la industria. MEDICUBA tiene contratadas 100,000 cápsulas a un costo de **186,00** dólares pendiente de autorización de fondos.

Todo lo anterior, suma un total de 443,900 cápsulas, por lo que se necesita, para cubrir la solicitud de esta primera etapa, adquirir materia prima para 1. 031,100 cápsulas, correspondientes a 150 Kg., a un precio de **3150** Euros por Kg. (en proceso de contratación por la Industria Nacional-Quimefa)

Atención Pediátrica: Oseltamivir polvo para suspensión

Dosificación	*Cantidad*
20mg/5 mL.	50
30mg/ 5 mL.	250
45 mg/5 mL.	250

Estas cantidades pueden ser producidas con los 150 kg. de materia prima a adquirir para la presentación Pediátrica.

Necesidades en Etapas posteriores:

- La necesidad de cápsulas(adultos) en las etapas posteriores de la epidemia, serían:

  - 2da Etapa 548,465 cápsulas
  - 3ra Etapa 672,565 cápsulas
  - 4ta Etapa 675,430 cápsulas
  - 5ta Etapa 614,280 cápsulas
  - 6ta Etapa 714,230 cápsulas

- Para la atención pediátrica, el polvo para suspensión:

Dosificación	2da Etapa	3ra Etapa	4ta Etapa	5ta Etapa	6ta Etapa
20mg/5 mL.	5	5	5	5	5
30mg/ 5 mL.	25	25	25	25	25
45 mg/5 mL.	25	25	25	25	25

El costo estimado para compras de materia prima en estas etapas se calcula en **12,000** Euros por kg. El rendimiento estimado es de 382,000 cápsulas de 75 miligramos por 50kg.

Otros medicamentos:

Se identificaron 48 medicamentos de vital importancia para la atención a estos pacientes y se estableció un monitoreo con reporte diario de las existencias, destacándose entre ellos 15 antibióticos para la atención al paciente grave. De cumplirse los planes concebidos para estos medicamentos, no se presentarán dificultades con su disponibilidad.

Con estos 48 medicamentos se creará una reserva operativa en EMCOMED equivalente a 15 días de cobertura del plan nacional.

Recursos Médicos

- Bioseguridad: Comprende una demanda de 30 recursos con un costo de 29417,03 CUC
- Gasometría: Reactivos para gasometría, incluidos en el Plan 2009, sin respaldo financiero en estos momentos. Costo: 181320,00 CUC
- Diagnóstico Virológico y equipamiento: Incluye 46 recursos, con un costo de 53456,42 CUC
- Material Gastable: Recursos gastables, instrumental y utensilios, calculados según la demanda y que no tiene respaldo con el Plan anual de EMSUME, comprende 29 recursos, a un costo de 685100,0 CUC
- Recursos de Material Gastable para el Tratamiento de Pacientes Graves: Suman 162 recursos, costo: 2558515,00
- Recursos destinados al área de Virología del IPK, contratados, presentados y aprobados en el CAD del MINSAP, pero pendientes de autorización de fondos: Contratos 85675, 85695. Costo: 425671,44 CUC.
- Balones de oxígeno: Se calcula una necesidad de 650 Udes. Es un circulado por el MINBAS, con el cual EMSUME realiza las coordinaciones. De no tener existencia se procederá a la contratación e importación a través de EMSUME-MEDICUBA.

Recursos no médicos

Productos de aseo, limpieza, lencería y medios de protección solicitados, con existencias suficientes para cubrir la demanda solicitada, entre ellos:

jabón, detergente, frazadas de piso, sábanas, toallas, módulos verdes, espejuelos, guantes de lona reforzados y delantales plásticos.

Con respecto a los nasobucos, en la etapa pre-epidémica se estimó una demanda inicial de 3 millones, de los cuales se produjeron y distribuyeron 1 millón 94 mil. La producción de los restantes hasta alcanzar la cifra de 3 millones, se encuentra en coordinación con la industria, para lo cual se necesita 250 000 metros de tejido, que están en existencia a un costo de 225 000 CUC.

Para la etapa epidémica se calcula una demanda de 9 millones más de nasobucos para lo cual se requiere 1 125 000 metros de tejido a un costo de 1 012 500 CUC.

Modelaje:

De los modelos demandados, según los análisis realizados con la Unión Poligráfica, se cuenta con materia prima y financiamiento para la producción de 200 millones de modelos según se necesiten.

La UNPEA no tiene en existencias las bolsas de nylon para cadáveres. Según última referencia de precios, la unidad se cotiza a 0.60 centavos CUC, si se evalúa la compra de 10 mil bolsas representarían 6 mil CUC.

Transporte

Es indispensable elevar el Coeficiente de Disponibilidad Técnica de las ambulancias Mercedes Benz, para lo cual es necesario, la habilitación en la capacidad de compra en el exterior para los recursos de Salud Pública de la Mercedes Benz, por un valor de 2 millones de dólares, determinantes para la compra por esa empresa de las piezas de repuesto necesarias.

ANEXO 2

ACCIONES Y PLAN DE ASEGURAMIENTO DEL VICEMINISTERIO DE INVERSIONES PARA ENFRENTAR LA INFLUENZA AH1N1.

FASE PRE- EPIDÉMICA.

1. Se creó una Comisión integrada por la Dirección de Mantenimiento y Electromedicina, para visitar las instituciones seleccionadas por la Dirección Provincial de Salud de Ciudad de La Habana con el objetivo de asegurar las condiciones necesarias en las terapias y hospitalización, según capacidades dispuestas.
2. Se implementó el Sistema Informativo entre el Vice Ministerio y las diferentes Direcciones del área que viabilicen las soluciones a las afectaciones que se puedan crear en los servicios médicos.
3. Se realizó el levantamiento del equipamiento médico existente en las terapias Provinciales y Municipales.
4. En los Centros Provinciales de Electromedicina, se crearon grupos de trabajo para la atención diferenciada del equipamiento médico instalado en las terapias intensivas.
5. Se decidió la compra de 25 termómetros infrarrojos para humanos que se instalarán en los aeropuertos, de ellos tenemos instalados y funcionando 2 en el país.
6. Se indicó la cotización de recursos que no existen en nuestros inventarios y que son necesarios para la atención del paciente:
    - 1 000 Bombas de Infusión.
    - 500 Jeringas perfusoras.
    - 100 nebulizadores ultrasónicos.
    - 20 gasómetros.
7. Se realizó un levantamiento por la UNSI de los sistemas de apoyo vitales (Sistemas Ingenieros) tales como: Clima, Sistemas Eléctricos de Emergencia, Abasto de Agua y Generación de Vapor.
8. Se cotizaron 100 bebederos y 300 ventiladores para un posible mejoramiento de las condiciones hospitalarias.
9. Se trabaja en la implementación de un programa de mejoras higiénico sanitarias que contempla la instalación y/o colocación de lavamanos y aparatos sanitarios en los Cuerpos de Guardia y Salas de Cuidados Intensivos.
10. Se le indicó al ICID el estudio y factibilidad de producción de los termómetros infrarrojos para una posible sustitución de importaciones.

FASE EPIDÉMICA

- Chequear sistemáticamente en las reuniones de aseguramiento del Vice Ministerio las principales incidencias en la prestación de los servicios.
- Activar el sistema informativo diario con el Vice Ministerio, de las principales incidencias en cada territorio.
- Tener a disposición de la Asistencia Médica los inventarios Existentes de equipamiento, partes y piezas de repuesto de la tecnología médica.

Equipos médicos entregados a instituciones de Ciudad de La Habana que enfrentarán en un primer momento el aislamiento y tratamiento de los casos sospechosos y confirmados de la influenza A H1N1.

1. **Hospital IPK:**

- Monitores Doctus VI…….4 u.
- Desfibrilador……..1 u.
- Ventilador Oxilog 3000…….2 u.
- Oxímetro de pulso…….2 u.

2. **Alojamiento Pando Ferrer (facturar al Hospital Juan Manuel Márquez):**

- Monitores Doctus VI…….2 u.
- Desfibrilador……..1 u.
- Ventilador Oxilog 3000…….2 u.
- Rx Portátil……...1 u.
- Oxímetro de pulso…….2 u.

3. **Hospital Pediátrico Leonor Pérez:**

- Ventilador Oxilog 3000……2 u.
- Oxímetro de pulso…….2 u.

4. **Hospital Pediátrico Aballí:**
   - Equipo de electrocardiograma……1 u.

ANEXO 3
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
INSTITUTO DE LA AERONÁUTICA CIVÍL DE CUBA

ACCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFLUENZA A (H1N1) AL ARRIBO DE PASAJEROS DESDE EL EXTERIOR

Estas medidas se aplicarán al arribo de todas las aeronaves al territorio nacional. El Estado cubano entiende que las tripulaciones de todas las aerolíneas conocen las medidas internacionales establecidas por el Reglamento Sanitario Internacional 2005 en relación a la comunicación oportuna de cualquier evento de salud a bordo y las acciones a seguir para proteger la salud del resto de los pasajeros.

AL ATERRIZAR:

I. Toda aeronave que durante el vuelo, reporte a las frecuencias aeronáuticas de control de tránsito aéreo uno o más casos con síntomas de sospecha de la enfermedad, será ubicada en una posición remota.
   a) Los síntomas más frecuentes de la influenza son: Fiebre de 38°C, tos, congestión y secreción nasal, dolores musculares y/o articulares, escalofríos, toma del estado general, dolor de cabeza y en algunos casos pueden presentarse además náuseas, vómitos y diarreas,
II. La autoridad sanitaria (médico), es la primera autorizada a abordar la aeronave (*línea no.1 de observación y vigilancia médica)*, para examinar el (los) caso(s), que permanecerá(n) aislado(s) del resto de los pasajeros dentro de la aeronave, usando nasobuco o mascarilla, según disponibilidad en la misma.
   a) La primera acción que debe realizar el médico al abordar la aeronave es solicitar la **DECLARACIÓN GENERAL**, y verificar si está firmado por el miembro de la tripulación que corresponda el acápite de **DECLARACION SANITARIA**, haciendo una valoración de lo aquí descrito.
   b) El médico estará protegido de la potencial exposición usando los medios de protección personal adecuados y correctamente según se establece (equipo de protección personal[1])

[1] bata de mangas largas, guantes correctamente colocados por encima de la manga de la bata, nasobuco y en la medida de las posibilidades espejuelos u otro medio de protección de la mucosa periocular.

c) Realizará examen físico e interrogatorio al (los) caso(s) reportado(s).
d) Si confirma que los casos son sospechosos según las definiciones establecidas, debe informar a las autoridades aeroportuarias, así como a la tripulación del avión.
e) El médico evaluará la necesidad de concurrencia de otro personal para la asistencia requerida.

III. Debe realizarse encuesta al resto de los pasajeros buscando síntomas y signos similares, se procederá del mismo modo con todos los que el médico considere sospechosos.

LA EVACUACIÓN:

IV. Una vez que el resto del personal haya abandonado el avión por la puerta designada, los casos sospechosos, serán evacuados inmediatamente por una salida segura (ya dispondrán de medios de protección para su traslado),

V. Serán aislados en el *local de evaluación clínica-epidemiológica* por parte de un personal médico especializado, se le prestará servicio médico de urgencia, de ser necesario,

VI. Se realizará de forma expedita el control de inmigración y aduanas establecidas, para ello se movilizarán los funcionarios designados y entrenados para esta actividad (los que deberán usar equipo de protección personal).

TRASLADO A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:

VII. El caso será remitido a la institución designada por cada provincia, acompañado de una remisión con datos personales e historia de la enfermedad actual.

VIII. El traslado del caso se realizará por salida segura[2] y en transporte sanitario que permanece 24 horas en el aeropuerto

a) El vehículo sanitario debe cumplir con las normas de seguridad establecidas por su entidad (emergencia nacional), así como el uso de medios de protección personal por parte del personal de traslado.

PASAJEROS SIN SINTOMATOLOGÍA:

IX. El resto de los pasajeros que no tienen síntomas ni signos, procederán al flujo de arribo normal hacia la terminal, por medio de un transporte designado a tales efectos.

X. Los pasajeros a su entrada pasarán la *línea no.2 de observación y vigilancia médica*, donde se realizará inspección visual y control de la declaración sanitaria (llenado del documento, aclaración de dudas, etc). En este lugar serán ubicados dispositivos automáticos para chequeo de temperatura corporal del pasajero.

XI. Si se detectara algún pasajero con síntomas o signos dudosos, se enviará al *local de evaluación clínica-epidemiológica* (si se corrobora como caso sospechoso, seguirá el mismo procedimiento desde el punto v hasta el viii de este documento.

XII. Si no se detecta ningún caso, los pasajeros continuarán su flujo normal

XIII. Después de pasar por inmigración y control de aduanas, los pasajeros deben entregar la declaración de salud al (los) funcionarios de salud pública presentes en la *línea no. 3. de observación y vigilancia médica*, quienes le entregarán una *tarjeta de advertencia*[3] con orientaciones para su autovigilancia. También se estará atento a cualquier sintomatología que se detecte, y de aparecer algún caso igualmente se enviará al *local de evaluación clínica-epidemiológica*.

[2] puerta cercana al local de examen médico, con salida a vía segura (a la rampa en el terminal 3 "José Martí"), evitando la entrada al espacio común del terminal, lo que permitirá reducir al máximo la exposición del resto de los pasajeros o de los trabajadores.

[3] contiene ¿qué síntomas debo vigilar?, ¿a donde debo dirigirme para que me atiendan?, ¿qué riesgos corro? ¿cómo debo proteger a las personas que me rodean?, así como información oficial de contactos para caso de emergencia.

Al aterrizar cualquier aeronave procedente del extranjero, sin notificación de eventos a bordo:

I. La autoridad sanitaria (médico) será la primera en abordar,
   a. La primera acción que debe realizar el médico al abordar la aeronave es solicitar la DECLARACIÓN GENERAL, y verificar si esta firmado por el miembro de la tripulación que corresponda el acápite de DECLARACION SANITARIA, haciendo una valoración de lo aquí descrito, procediendo según los descritos en el punto i.a de este documento, lo que constituye la *LÍNEA No.1 DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA MÉDICA*.
   b. Si se declara algún caso sospechoso, se procederá igual que el punto anterior desde II.a hasta el punto XII de este documento.

II. Si no se declara ningún pasajero sospechoso se procederá al flujo normal de pasajeros hacia el interior de la terminal.

III. A su entrada al salón de inmigración pasarán por la *LÍNEA No.2 DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA MÉDICA*, donde se realizará inspección visual y control de la declaración sanitaria (llenado del documento, aclaración de dudas, etc.). en este lugar serán ubicados dispositivos automáticos para chequeo de temperatura corporal del pasajero.

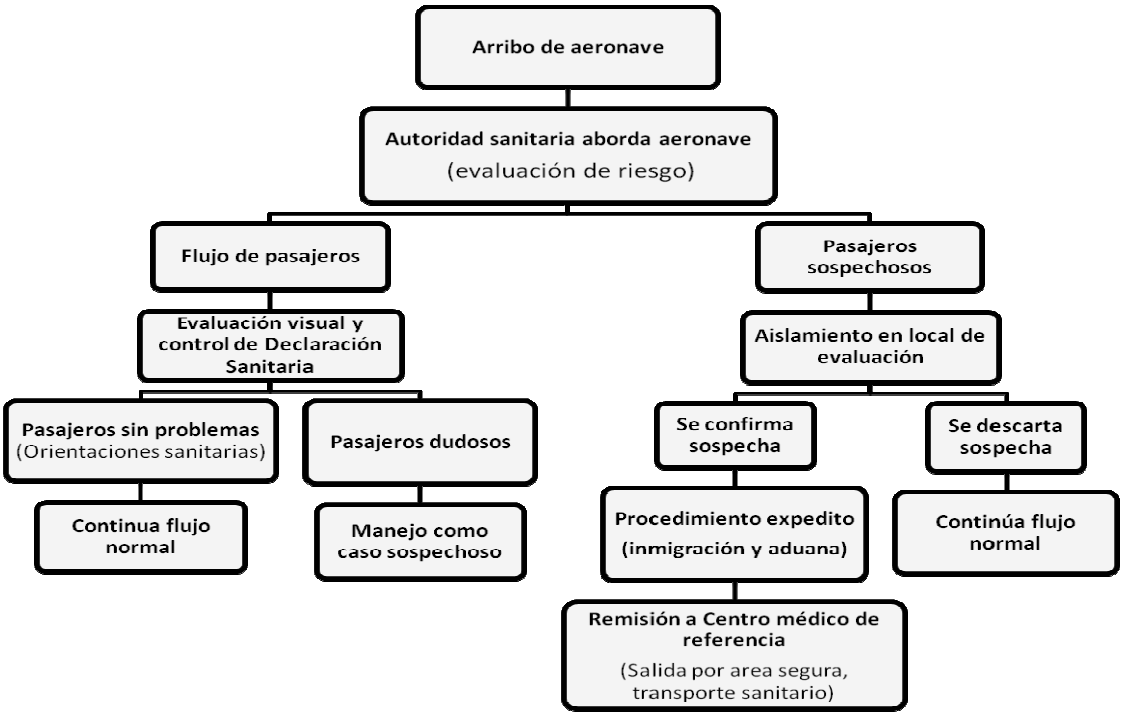
IV. Si se detectara algún pasajero con síntomas o signos dudosos, se enviará al *LOCAL DE EVALUACIÓN CLINICA-EPIDEMIOLÓGICA* (si se corrobora como caso sospechoso, seguirá el mismo procedimiento desde v hasta Viii).

V. Si no se detecta ningún caso, los pasajeros continuarán su flujo normal.

VI. Después de pasar por inmigración y control de aduanas, debe entregar la declaración de salud al (los) funcionarios de salud pública presentes en *LÍNEA No.3 DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA MÉDICA*. quienes le entregarán una *tarjeta de advertencia*[4] de orientación para su autovigilancia. también se estará atento a cualquier sintomatología que se detecte, y de aparecer algún caso igualmente se enviará al *local de evaluación clínica-epidemiológica.*

[4] contiene ¿qué síntomas debo vigilar?, ¿a dónde debo dirigirme para que me atiendan?, ¿qué riesgos corro? ¿cómo debo proteger a las personas que me rodean?, así como información oficial de contactos para caso de emergencia.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PASAJEROS AL ARRIBO



8 de mayo de 2009.

Dr. Ángel M. Álvarez Valdés
Jefe de Control Sanitario Internacional
MINSAP. Cuba

Ing. Argimiro Ojeda Vives
Vicepresidente Instituto de la
Aeronáutica Civil de Cuba.

ANEXO 4
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ACCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFLUENZA A (H1N1) AL ARRIBO DE BUQUES DESDE EL EXTERIOR

Medidas que se aplicarán a todas las motonaves a su arribo al territorio nacional. El Estado cubano entiende que los operadores de buques de todas las agencias marítimas conocen las medidas internacionales establecidas por la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional 2005, en relación a la comunicación oportuna de cualquier evento de salud a bordo y las acciones a seguir para proteger la salud del resto de los pasajeros o tripulación.

AL ARRIBO:

1. Toda nave que durante la travesía, reporte al agente de buque en tierra, uno o más tripulantes con síntomas de Gripe [a], será ubicada en posición alejada del tráfico normal (zona pre-identificada al efecto).
    a. Los síntomas más frecuentes de la gripe son: Fiebre de 38°C, tos, congestión y secreción nasal, dolor de garganta, dolores musculares y/o articulares, escalofríos, toma del estado general, dolor de cabeza y en algunos casos pueden presentarse además náuseas, vómitos y diarreas),

2. La autoridad sanitaria (médico), es la facultada para abordar la nave (*LÍNEA NO.1 DE VIGILANCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA),* guiado por el práctico del puerto. El médico examinará el (los) caso(s), que permanecerá(n) aislado(s) del resto de los tripulantes, usando nasobuco o mascarilla, según disponibilidad en la nave.

    a. El médico estará protegido de la potencial exposición usando los medios de protección personal adecuados y correctamente según se establece (equipo de protección personal[5])
    b. Realizará examen físico e interrogatorio al (los) caso(s) reportado(s).
    c. Si confirma que los casos son sospechosos según las definiciones establecidas, debe informar a las autoridades portuarias, así como a los oficiales tripulantes del buque.

[5] bata de mangas largas, guantes correctamente colocados por encima de la manga de la bata, nasobuco y en la medida de las posibilidades espejuelos u otro medio de protección de la mucosa periocular.

d. El médico evaluará la necesidad de concurrencia de otro personal para asistencia médica requerida, así como de la ***eventual evacuación***[6] de los casos para recibir atención especializada en los centros de referencia establecidos al efecto; solo si esta fuera esencialmente necesaria.
e. Los tripulantes identificados como sospechosos que no requieran atención médica especializada, se mantendrán en el buque dentro de los camarotes usando medios de protección (nasobucos o mascarillas), evitando el contacto con el resto de la tripulación, con los funcionarios y/o con los operarios portuarios que se autoricen a abordar el buque.

3. El médico interrogará e inspeccionará visualmente al resto de los tripulantes buscando síntomas y signos similares.
   - Se procederá como se describe arriba con todos los que el médico clasifique como sospechosos.

<u>SOBRE LA REMISIÓN Y EL TRASLADO DE CASOS:</u>

I. El caso sospechoso será remitido a la institución designada por cada provincia, acompañado de una remisión con datos personales e historia de la enfermedad actual.

II. El traslado del caso se realizará en transporte sanitario coordinado por la UCSI.
   a. El vehículo sanitario debe cumplir con las normas de seguridad establecidas por su entidad (emergencia nacional), así como el uso de medios de protección personal por parte del personal de traslado.

III. A los casos evacuados se les realizará de forma expedita el control de inmigración establecido, para ello se movilizarán los funcionarios designados y entrenados para esta actividad (los que deberán usar equipo de protección personal).

[6] solo se evacuarán los casos que requieran asistencia médica especializada.

IV. El resto de la tripulación será instruida a permanecer en la nave hasta cumplirse 10 días desde el último caso sospechoso detectado.

V. La vigilancia será garantizada durante 24 horas por parte del primer oficial, quien informará al agente de buque en tierra de cualquier nuevo caso sintomático que se produzca.

VI. El médico de la Unidad de Control Sanitario Internacional, realizará control de la vigilancia en el buque una vez al día (mediante chequeo visual e interrogatorio cuando lo considere preciso a toda la tripulación)

VII. Durante todo el período de aislamiento, las agencias marítimas cubanas asegurarán todas las provisiones necesarias para garantizar la estancia de la tripulación durante el tiempo que dure el aislamiento.

VIII. Al concluir el período de aislamiento, el médico será quien determinará si no existen riesgos de introducción de la enfermedad al país (cierre de foco) y se otorgará la libre plática.

AL ARRIBAR CUALQUIER MOTONAVE PROCEDENTE DEL EXTRANJERO, SIN NOTIFICACIÓN DE EVENTOS A BORDO:

1. La autoridad sanitaria (médico) será la primera en abordar guida por el práctico,
   - interrogará al capitán de la tripulación sobre la existencia a bordo de casos con síntomas gripales según los descritos en el punto i.a de este documento, LÍNEA NO.1 DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA *CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA)*.
   - si el capitán declara casos, procederá igual que en el acápite anterior desde el punto IIa. hasta el III.
   - Se controlará la declaración marítima de sanidad

2. Si no se declara ningún tripulante sintomático se procederá a otorgar la libre plática

3. Continuará el flujo normal de despacho

NOTA ESPECIAL: si la nave procede de alguna de las áreas afectadas[7], durante su permanencia en puerto, el primer oficial será instruido para realizar vigilancia clínico-epidemiológica e informar al agente de buque en tierra de cualquier caso sintomático que se produzca.

El médico de la unidad de Control Sanitario Internacional, realizará control de la vigilancia en el buque una vez al día (mediante chequeo visual e interrogatorio cuando lo considere preciso a toda la tripulación)

Fecha: 18 de mayo de 2009.

Dr. Ángel M. Álvarez Valdés	Oscar del Toro Quesada
Jefe de Control Sanitario Internacional	Inspector General del Transporte
MINSAP. Cuba	MITRANS

[7] *Área afectada*: es la localización geográfica para la cual la OMS, específicamente, ha decretado medidas de salud pública bajo las regulaciones establecidas en el RSI-2005

ANEXO 5
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ACCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFLUENZA A (H1N1) AL ARRIBO DE BUQUES DESDE EL EXTERIOR
Provisión especial para la Terminal de Contenedores[8]

Estas medidas se aplicarán a todas las motonaves a su arribo al territorio nacional. El Estado cubano entiende que los operadores de buques de todas las agencias marítimas conocen las medidas internacionales establecidas por la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional 2005, en relación a la comunicación oportuna de cualquier evento de salud a bordo y las acciones a seguir para proteger la salud del resto de los pasajeros o tripulación.

AL ARRIBO:

I. Toda nave que durante la travesía, reporte al agente de buque en tierra, uno o más casos con síntomas de gripe [a], será ubicada en la zona de cuarentena o posición alejada del tráfico normal (zona pre-identificada al efecto).
   - Los síntomas más frecuentes de la gripe son: Fiebre de 38°C, tos, congestión y secreción nasal, dolor de garganta, dolores musculares y/o articulares, escalofríos, toma del estado general, dolor de cabeza y en algunos casos pueden presentarse además náuseas, vómitos y diarreas),

II. La autoridad sanitaria (médico), es la facultada para abordar la nave (*LÍNEA No.1 DE VIGILANCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA)*, guiado por el práctico del puerto. el médico examinará el (los) caso(s), que permanecerá(n) aislado(s) del resto de los tripulantes, usando nasobuco o mascarilla, según disponibilidad en la nave.
   a) El médico estará protegido de la potencial exposición usando los medios de protección personal adecuados y correctamente según se establece (equipo de protección personal[9])
   b) Realizará examen físico e interrogatorio al (los) caso(s) reportado(s).

[8] el tiempo de permanencia en la terminal es de un promedio de 12 horas.
[9] bata de mangas largas, guantes correctamente colocados por encima de la manga de la bata, nasobuco y en la medida de las posibilidades espejuelos u otro medio de protección de la mucosa periocular.

c) Si confirma que los casos son sospechosos según las definiciones establecidas, debe informar a las autoridades portuarias, así como a los oficiales tripulantes del buque.
d) El médico evaluará la necesidad de concurrencia de otro personal para asistencia médica requerida, así como de la eventual evacuación de los casos para recibir atención especializada en los centros de referencia establecidos al efecto; solo si esta fuera esencialmente necesaria.
e) Los pasajeros identificados como sospechosos que no requieran atención médica especializada, se mantendrán en el buque, aislados en camarotes habilitados al efecto usando medios de protección (nasobucos o mascarillas), evitando el contacto con el resto de la tripulación y con los funcionarios cubanos que se autoricen a abordar el buque.

III. Se le realizará inspección visual e interrogatorio al resto de la tripulación buscando síntomas y signos similares y se procederá del mismo modo con todos los que el médico considere sospechosos.

LA EVACUACIÓN:

IV. Los casos sospechosos, que requieran evacuación, permanecerán en el buque en condiciones de aislamiento, hasta su traslado en transporte sanitario, procedimiento que deberá realizarse cumpliendo todas las medidas de protección personal.

V. A los casos evacuados se les realizará de forma expedita el control de inmigración establecido, para ello se movilizarán los funcionarios designados y entrenados para esta actividad (los que deberán usar equipo de protección personal).

VI. El resto de la tripulación será instruida a permanecer en la nave.

VII. Las agencias marítimas serán responsables de la tramitación del retorno a sus países de residencia de los tripulantes que hayan sido ingresados en el hospital de referencia para atención médica.

TRASLADO A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:

VIII. El caso será remitido a la institución designada por cada provincia, acompañado de una remisión con datos personales e historia de la enfermedad actual.

IX. El traslado del caso se realizará en transporte sanitario que permanece 24 horas en la unidad de control sanitario del puerto (unidad de control sanitario internacional-puerto)

- El vehículo sanitario debe cumplir con las normas de seguridad establecidas por su entidad (emergencia nacional), así como el uso de medios de protección personal por parte del personal de traslado.

El arribar cualquier motonave procedente del extranjero, sin notificación de eventos a bordo, se autoriza el atraque:

I. La autoridad sanitaria (médico) será la primera en abordar.

- Interrogará al capitán de la tripulación sobre la existencia a bordo de tripulantes con síntomas gripales según los descritos en el punto i.a de este documento, *LÍNEA No.1 DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA*.

- Si el capitán declara casos, procederá igual que en el acápite anterior desde el punto II hasta el IX.

II. Si no se declara ningún tripulante sospechoso el médico realizará inspección visual e interrogatorio a todos los miembros de la tripulación, procediendo al control de la declaración marítima de sanidad.

III. Si se detectara algún tripulante con síntomas o signos dudosos, se procederá según el punto II (a-e).

IV. Si no se detecta ningún caso, se procede al otorgamiento de la libre plática y el siguiente paso de despacho según el flujo normal.

NOTA ESPECIAL: aun en el caso de que no se detecten casos a bordo, si la nave procede de alguna de las áreas afectadas[10], se procederá según disposiciones vigentes.

Fecha: 18 de mayo de 2009.

Dr. Ángel M. Álvarez Valdés	Oscar del Toro Quesada
Jefe de Control Sanitario Internacional	Inspector General del Transporte
MINSAP. Cuba	MITRANS

[10] *Área afectada*: es la localización geográfica para la cual la OMS, específicamente, ha decretado medidas de salud pública bajo las regulaciones establecidas en el RSI-2005

ANEXO 6
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ACCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFLUENZA A (H1N1) AL ARRIBO DE YATES Y CRUCEROS DESDE EL EXTERIOR

Medidas que se aplicarán a todos los yates y cruceros a su arribo al territorio nacional. El Estado cubano entiende que los operadores de motonaves de todas las agencias marítimas conocen las medidas internacionales establecidas por la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional 2005, en relación a la comunicación oportuna de cualquier evento de salud a bordo y las acciones a seguir para proteger la salud del resto de los pasajeros o tripulación.

AL ARRIBAR:

I. Toda nave que durante la travesía, reporte al agente de buque en tierra, uno o más tripulantes con síntomas de gripe [a], será ubicada en posición alejada del tráfico normal (zona pre-identificada al efecto).
   - Los síntomas más frecuentes de la gripe son: Fiebre de 38°C, tos, congestión y secreción nasal, dolor de garganta, dolores musculares y/o articulares, escalofríos, toma del estado general, dolor de cabeza y en algunos casos pueden presentarse además náuseas, vómitos y diarreas),
   - El práctico en funciones encargado de guiar el buque a puerto, abordará usando los medios de protección personal recomendados (nasobuco y guantes), además evitará el contacto directo con los tripulantes, manteniendo una distancia de al menos 1 metro.

II. La autoridad sanitaria (médico), es la facultada para abordar la nave (*LÍNEA No.1 DE VIGILANCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA)*.

III. El médico examinará el (los) caso(s), que permanecerá(n) aislado(s) del resto de los tripulantes, usando nasobuco o mascarilla, según disponibilidad en la nave.

a) El médico estará protegido de la potencial exposición usando los medios de protección personal adecuados y correctamente según se establece (equipo de protección personal[11])
b) Realizará examen físico e interrogatorio al (los) caso(s) reportado(s).
c) Si confirma que los casos son sospechosos según las definiciones establecidas, debe informar a las autoridades portuarias, así como a los oficiales tripulantes del buque.
d) El médico evaluará la necesidad de concurrencia de otro personal para asistencia médica requerida.
e) Los tripulantes y pasajeros identificados como sospechosos, se mantendrán aislados en local identificado a los efectos dentro del yate o crucero, usarán medios de protección (nasobucos o mascarillas), evitando así el contacto con el resto de la tripulación, pasajeros, funcionarios y/o con los operarios portuarios que se autoricen a abordar el buque.

IV. Se interrogará o realizará inspección visual al resto de los tripulantes y pasajeros buscando síntomas y signos similares, se procederá del mismo modo con todos los que el médico considere sospechosos.

V. Se procede a otorgar la libre plática.

VI. Los funcionarios que accedan al buque, lo harán usando medios de protección personal.

<u>LA EVACUACIÓN:</u>

VII. Una vez que los tripulantes sin síntomas hayan abandonado la nave, los casos sospechosos serán evacuados inmediatamente (dispondrán de medios de protección para su traslado),

VIII. En las marinas, los pacientes serán aislados en el *local de asistencia médica* para su evaluación exhaustiva por parte de un personal médico especializado y se le prestará servicio médico de urgencia, de ser necesario,

[11] bata de mangas largas, guantes correctamente colocados por encima de la manga de la bata, nasobuco y en la medida de las posibilidades espejuelos u otro medio de protección de la mucosa periocular.

IX. Se les realizará de forma expedita el control de inmigración y aduanas establecidos, para ello se movilizarán los funcionarios designados y entrenados para esta actividad (los que deberán usar equipo de protección personal).

TRASLADO A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:

X. El(los) caso(s) será(n) remitido(s) a la institución designada por cada provincia acompañado de una remisión con datos personales e historia de la enfermedad actual.

XI. Para el traslado, se solicitará el vehículo con la unidad del SIUM correspondiente, vía telefónica,
   - El vehículo sanitario debe cumplir con las normas de seguridad establecidas por su entidad (emergencia nacional), así como el uso de medios de protección personal por parte del personal de traslado.

TRIPULANTES Y PASAJEROS SIN SINTOMATOLOGÍA:

XII. El resto de los tripulantes y pasajeros que no tienen síntomas ni signos, procederán al flujo de arribo normal.

XIII. A su entrada pasarán una línea *No.2 DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA*, donde se realizará inspección visual y control de la ***DECLARACIÓN SANITARIA***[12] (llenado del documento, dudas, etc). en este lugar deberían estar ubicados dispositivos para chequeo de temperatura corporal,

XIV. Si se detectara algún tripulante y/o pasajero con síntomas o signos dudosos, se enviará al *local de asistencia médica* (si se corrobora como caso sospechoso, seguirá el mismo procedimiento desde VII hasta X.

XV. Si no se detecta ningún caso, los tripulantes y pasajeros continuarán su flujo normal.

[12] esta declaración compromete la responsabilidad personal del viajero al informar que no presenta síntomas ni signos de enfermedad alguna.

XVI. Después de pasar por control de aduanas, los tripulantes y pasajeros deben entregar la declaración sanitaria al (los) funcionario(s) de salud pública presentes en la línea no. 3. quienes le entregarán una *tarjeta de advertencia*[13] con orientaciones para su autovigilancia. también se estará atento a cualquier sintomatología que se detecte, y de aparecer algún caso igualmente se enviará al *local de asistencia médica* para su evaluación.

AL ARRIBAR AL PUERTO CUALQUIER MOTONAVE PROCEDENTE DEL EXTRANJERO, SIN NOTIFICACIÓN DE EVENTOS A BORDO:

I. La autoridad sanitaria (médico) será la primera en abordar, después del práctico: interrogará al capitán o médico de la tripulación sobre la existencia a bordo de casos con síntomas gripales según los descritos en el punto i.a de este documento, *LÍNEA No.1 DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA*. control de la declaración marítima de sanidad.
II. Si no se declara ningún tripulante y/o pasajero sospechoso se procederá a otorgar la libre plática.

III. A su entrada al salón de aduanas pasarán la LÍNEA No.2 DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA *CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA*, donde se realizará inspección visual y control de la ***DECLARACIÓN SANITARIA*** (llenado del documento, dudas, etc.).

IV. Si se detectara algún tripulante o pasajero con síntomas o signos dudosos, se enviará al *local de asistencia médica* (si se corrobora como caso sospechoso, seguirá el mismo procedimiento desde VII hasta X).

V. Si no se detecta ningún tripulante o pasajero sintomático, continuarán su flujo normal hacia *LA LÍNEA 3 DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA*, donde entregarán la ***DECLARACIÓN DE SANIDAD***.

VI. En caso de arribos forzosos de alguna embarcación deberá comunicarse de inmediato a la autoridad sanitaria por el organismo

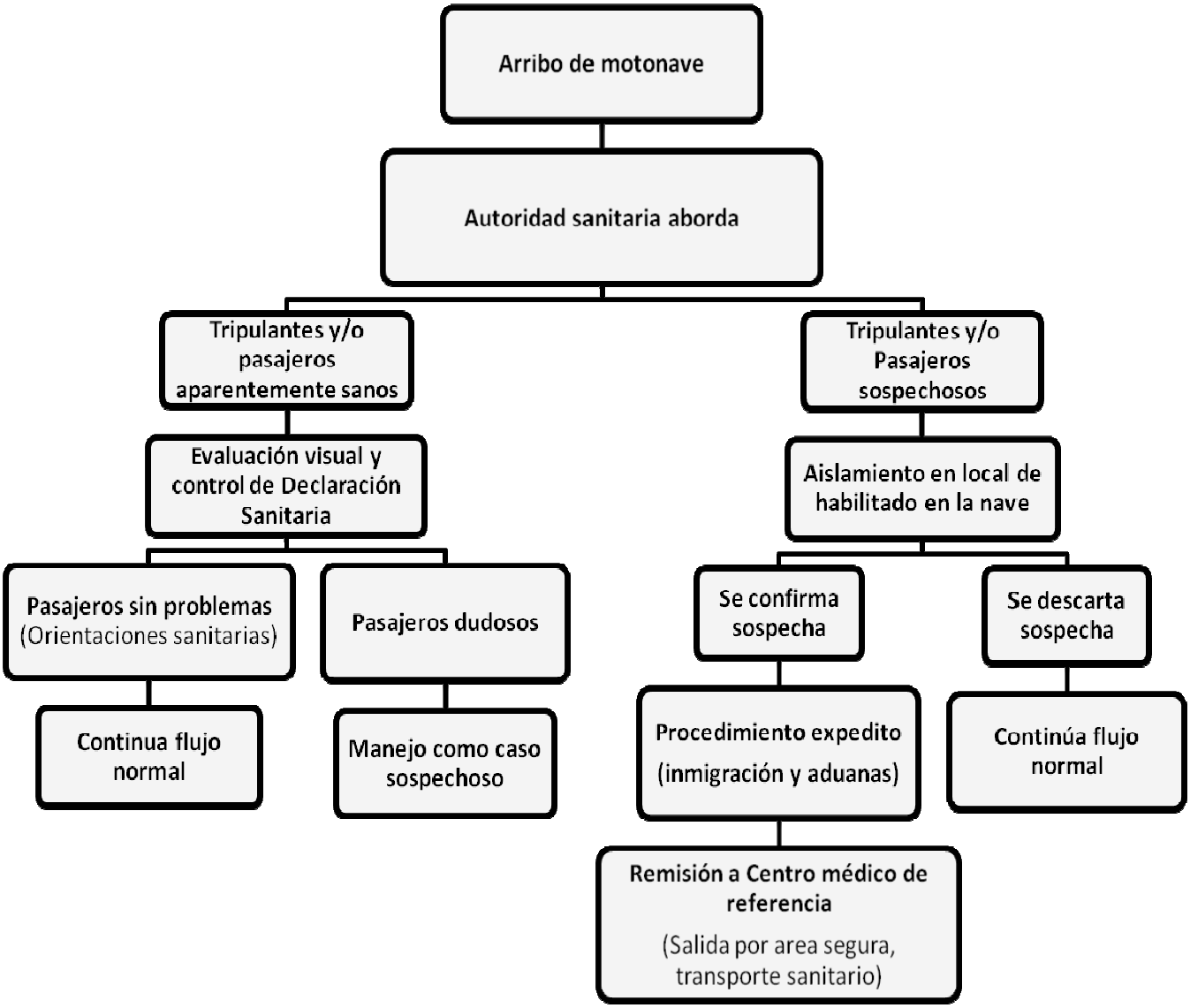
[13] contiene ¿qué síntomas debo vigilar?, ¿a dónde debo dirigirme para que me atiendan?, ¿qué riesgos corro? ¿cómo debo proteger a las personas que me rodean?, así como información oficial de contactos para caso de emergencia.

correspondiente a los efectos de asegurar las medidas establecidas por el control sanitario.

Fecha: 18 de mayo de 2009.

Dr. Ángel M. Álvarez Valdés Jefe de Control Sanitario Internacional MINSAP. Cuba	Oscar del Toro Quesada Inspector General del Transporte MITRANS

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PASAJEROS AL ARRIBO



Se otorgará la libre plática después de haber aislado apropiadamente a todos los tripulantes y pasajeros que se clasifiquen como casos sospechosos.

ANEXO 7
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
VICEMINISTERIO DE HIGIENE/EPIDEMIOLOGIA Y MICROBIOLOGÍA

La Habana, 20 de mayo de 2009.
Año del 50 Aniversario del Triunfo de la Revolución

Asunto: Indicaciones a Jefes de Misiones en el Exterior dada la alerta decretada por Influenza A (H1N1).

Ante la situación epidemiológica internacional en la relación a la Influenza A (H1N1) nuestro país ha activado de manera inmediata el plan de respuesta antipandémica a través de los grupos de respuesta rápida poniendo en práctica un plan de medidas que abarca todo el territorio nacional, en el orden de reforzar la vigilancia y fortalecer el conocimiento del personal de salud en los diferentes niveles de atención, así como preparar al personal médico que atiende el control de viajeros internacionales a través de los aeropuertos, puertos y los ubicados en las instalaciones turísticas, además de mantener riguroso control de los viajeros cubanos que regresan de las zonas afectadas.

Las recomendaciones para el personal cubano que presta servicio en el exterior están dirigidas a:

1. Mantener informado al personal cubano en el exterior acerca de la situación que presenta nuestro país y la de aquel donde prestarán o ya prestan su servicio, así como la evolución global de la epidemia

2. Capacitar a todos los colaboradores que tienen previsto viajar y a los que ya están en el exterior sobre la enfermedad que incluye información sobre la prevención y control (enfatizando sobre las medidas de higiene personal y colectiva, lavado de las manos frecuente, taparse la boca y la nariz al toser y/o estornudar)

3. Mantener estricta vigilancia ante cualquier síntoma que presente el colaborador y garantizar la atención inmediata requerida.

4. Notificar al Departamento de Control Sanitario Internacional y a la Unidad Central de colaboración Médica del MINSAP, la aparición eventual de casos sospechosos entre los colaboradores y/o contactos con casos .confirmados durante el desarrollo de su labor.

5. Crear un grupo de atención al personal colaborador, cuya única misión será realizar vigilancia activa de todo el personal (debe garantizarse la cobertura de la vigilancia a todos los sitios donde presten servicio los cubanos)

6. Ante la aparición de cualquier síntoma o signo sugerente de enfermedad tipo Influenza o IRA, buscar atención médica inmediata.

7. Se garantizará el aislamiento, diagnóstico y atención médica con el rigor y la calidad que se requiera previa coordinación con las autoridades locales.

8. Garantizar el cumplimiento estricto del chequeo médico a los colaboradores que tengan previsto viajar a Cuba, por cualquier causa (vacaciones, terminación de misión, asuntos personales u otros).

9. Los jefes de misión son responsables de enviar la información a la Unidad de Control Sanitario Internacional sobre los colaboradores que tiene previsto viajar a Cuba, al menos 72 horas previo al arribo, garantizando el cumplimiento estricto de las regulaciones de control en la fuente.

ANEXO 8
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
VICEMINISTERIO DE HIGIENE/EPIDEMIOLOGIA Y MICROBIOLOGÍA

La Habana, 19 de mayo del 2009.
Äño del 50 Aniversario del Triunfo de la Revolución¨

Modificaciones a la carta del 27 de Abril de 2009

Asunto: Indicaciones al personal que presta servicios en el exterior dada la alerta decretada por Influenza A (H1N1) en México y Estados Unidos

El 24 de abril de 2009 la Organización Mundial de la Salud declaró la alerta internacional de Influenza Porcina en México y Estados Unidos. Al día de hoy se ha decretado la fase 5 de emergencia inter-pandémica, y se ha constatado la transmisión sostenida en tres países de la región americana (donde se acumula el 95 % de los casos a nivel mundial). Han fallecido por la enfermedad que se conoce ahora como Influenza A H1N1, producida por un nuevo subtipo de virus, un total de 80 personas, todas en la región de América.

En todo el mundo 40 países reportan casos confirmados, mientras que alrededor de 4 presentan signos de transmisión sostenida. Es inminente que la OMS decrete la fase 6 (pandémica)

Ante la situación planteada en nuestro país se ha activado de manera inmediata el plan de respuesta antipandémica a través de los grupos de respuesta rápida poniendo en práctica un plan de medidas que abarca todo el territorio nacional, en el orden de reforzar la vigilancia y fortalecer el conocimiento del personal de salud en los diferentes niveles de atención, así como preparar al personal médico que atiende el control de viajeros internacionales a través de los aeropuertos, puertos y los ubicados en las instalaciones turísticas, además de mantener riguroso control de los viajeros cubanos que regresan de las zonas afectadas. **Ver notas informativas del MINSAP y boletines del IPK, publicados en el sitio de Infomed.**

Las recomendaciones para el personal cubano que presta servicio en el exterior están dirigidas a:

1.-Limitar el arribo a los países y regiones afectadas por la elevada transmisibilidad.

2.-Mantener informado al personal cubano en el exterior la situación que presenta el país donde prestan su servicio y las regiones afectadas.

3.-Establecer vigilancia estricta y ante cualquier síntoma que presente el personal en servicio en países afectados, acudir a los servicios médicos que se hayan coordinado al efecto, garantizando atención médica de calidad.

4.-Reportar a las autoridades pertinentes del MINREX sobre la aparición eventual de casos sospechosos o contacto con casos enfermos durante su labor si presta servicios médicos en el país de que se trate.

5.-Mantener información del personal que regresa a Cuba proveniente de los países afectados, precisando fechas y datos del vuelo para su control estricto al arribo.

6.- Extremar las medidas de prevención y control, cumpliendo con la higiene personal y colectiva, lavado de las manos frecuente, taparse la boca y la nariz al toser y/o estornudar).

7.- Disponer de un stock de antiviral como Tamiflú u Oseltamivir, indicado por su sensibilidad al virus de Influenza A, para su uso como quimioprofilaxis de ser necesario. (1 tab de 75 mgs diaria durante 5 días).

8.- Mantener informadas a las autoridades del MINSAP sobre las informaciones oficiales emitidas por las autoridades de los países donde prestan servicios sobre la marcha del evento.

Esperando su cooperación al efecto,

Saludos Revolucionarios,

Dr. Luis Estruch Rancaño
Viceministro

.

ANEXO 9

INDICACIONES EN RELACIÓN A LOS VUELOS DE OPERACIÓN MILAGRO ASÍ COMO LA ORGANIZACIÓN DE ESTE PROCESO,

El Programa de vuelos de la Operación Milagro constituye una prioridad para nuestro país por la manera que Cuba brinda colaboración con otros países, esto conlleva a un grupo de actividades que se deben cumplir como son:

1. Utilizar la coordinación de la Misión Milagro en cada país para la selección y envío de los pacientes hacia Cuba.
2. En el país donde hay Colaboración Médica Cubana el Jefe de Misión y el responsable de Control en la Fuente serán los encargados de la evaluación clínica epidemiológica de los pacientes (examen clínico visual e interrogatorio, exámenes complementarios según riesgo de cada país).
3. Emitir en cada país un documento que refleje el listado de todos los pacientes, firmado por un especialista designado para ello, que avale la condición de **Aptos para viajar** (persona afebril constatado por equipo y que se haya descartado la posibilidad de un proceso infeccioso agudo al examen visual e interrogatorio).
4. En cada vuelo *chárter* viajará un funcionario del Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) quién estará responsabilizado con la vigilancia y atención directa de los pacientes durante el vuelo, notificando a su llegada al Control Sanitario Internacional del Aeropuerto cualquier incidencia durante el vuelo en relación a la salud de los pasajeros.
5. A la llegada a Cuba estos pacientes serán objeto de vigilancia por el Control Sanitario Internacional de frontera, donde se exigirá a la llegada de la aeronave el listado de **Aptos para viajar,** emitido por la misión médica del país de procedencia, la **Declaración Sanitaria** emitido por la tripulación de la aeronave y el modelo de **Declaración de Sanidad del viajero**.
6. Mantener vigilancia epidemiológica estricta a través Programa de Control Sanitario Internacional de cada lugar y las estructuras de los centros asistenciales en los lugares de destinos (Hostal del Pando Ferrer en Ciudad de La Habana y Jagüey Grande en Matanzas).
7. Se enviará mensualmente a la Dirección de Salud y al Jefe del Programa de Control Sanitario Internacional de cada provincial el listado nominal de los pacientes de cada misión (nombre, fecha de arribo, país de procedencia, provincia e institución a la que se dirige), responsabilizándose con ello la Oficina de Salud de los Servicios Médicos

de Cuba, estos listados deben recibirse en las provincias con una anticipación de 10 días o antes.

8. Las Direcciones Provinciales de Salud y de los centros receptores de pacientes harán cumplir las medidas establecidas para el control de enfermos en las instituciones donde se alojan y tratan.

ANEXO 10
REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

19 de mayo de 2009.
Año del 50 Aniversario del Triunfo de la Revolución.

Indicación a los Organismos de la Administración Central del Estado (OACE) que atienden a Becarios Extranjeros.

Atendiendo a los niveles actuales y perspectivos de nuestra colaboración internacional, en la esfera de la formación de recursos humanos, así como a la alta complejidad de la situación epidemiológica mundial, especialmente en lo relacionado con la rápida expansión de la Pandemia de Influenza A (H1N1) se exigirá el cumplimiento de las siguientes acciones:

Primera: Todos los OACE, o sus dependencias, que reciban becarios extranjeros, procedentes de países con misiones médicas cubanas, coordinarán con el MINSAP, la realización del chequeo médico en el país de origen por nuestros colaboradores.

Segunda: Las Brigadas de Colaboración Médica en el exterior, a través de los **Centros de Control en la Fuente**, quedan responsabilizadas con el control médico- epidemiológico a todo estudiante extranjero que reciba Beca otorgada por el Estado Cubano o que ya se encuentre en disfrute de esta, incrementando el rigor de la pesquisa y el diagnóstico, en función de la situación actual de la Pandemia de Influenza A (H1N1) y la particular de cada país al respecto.

Tercera: Todos los OACE que reciban becarios extranjeros procedentes de áreas endémicas, enviarán al MINSAP, con no menos de 72 horas de antelación, los listados con los nombres y apellidos, país de procedencia y dirección completa de su ubicación definitiva en Cuba.

Cuarta: Serán responsables de su recepción en el punto de entrada al país y traslado de inmediato, a la institución oficialmente acreditada para realizar las acciones de control clínico–epidemiológicas de rigor, exceptuando

aquellos casos en que la autoridad sanitaria del referido punto , decida su traslado a una institución de salud determinada, como resultante de las acciones de control efectuadas.

Quinta: Garantizarán las condiciones higiénico-sanitarias de las instalaciones donde los alojen, incluyendo las requeridas para, en caso que se decida por las autoridades sanitarias, pasar a **Cuarentena** a un grupo o la totalidad de los estudiantes que reciba

Sexta: Ante la proximidad del período vacacional, todos los **OACE** con becarios extranjeros, quedan responsabilizados con el envío al **Departamento de Control Sanitario Internacional de cada provincia** y a todos los niveles oficiales de este Ministerio que así lo soliciten, de información sistemática y actualizada referente a: **Número de estudiantes a viajar por países de destino, Fecha de Salida y Fecha Programada de regreso**, con la finalidad de poder planificar las acciones de control epidemiológico de forma eficaz y oportuna.

COMUNÍQUESE a los Jefes de los Organismos de la Administración Central del Estado, a los Viceministros de Salud; al Director de la Oficina de Atención a Misiones del Ministerio de Salud Pública; al Director Nacional de Epidemiología del Organismo; al Jefe de Departamento de Control Sanitario Internacional; al Director de la Unidad Central de Colaboración Médica, a los Directores Provinciales de Salud y a los Directores de los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología.

ANEXO 11
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
VICEMINISTERIO DE DOCENCIA
VICEMINISTERIO DE HIGIENE/EPIDEMIOLOGIA Y MICROBIOLOGÍA

La Habana, 20 de mayo de 2009.
Año del 50 Aniversario del Triunfo de la Revolución

Asuntos: Medidas de Control Sanitario Internacional para becarios extranjeros.

Acciones establecidas para el control y vigilancia clínica-epidemiológica de los becarios extranjeros atendidos por el Vice-ministerio de Docencia:

I. En los países donde existe Misión Médica cubana el Control en la Fuente o personal encargado debe:

- Garantizar la realización del chequeo clínico epidemiológico antes de viajar a Cuba para detectar oportunamente enfermedades de alto potencial epidémico presentes en el país de procedencia.
- Identificar riesgos de enfermedades infecciosas y parasitarias en los estudiantes según lugar de procedencia.
- Crear las condiciones necesarias para la capacitación médica.
- Mantener actualizada la situación epidemiológica del país con la finalidad de identificar los riesgos existentes desde la localidad hasta el estado o provincia.
- Garantizar que cada estudiante haya recibido la inmunización establecida para el control internacional.
- Garantizar la vigilancia clínica-epidemiológica en el lugar de abordaje de los transportes hacia los puntos de concentración y aeropuertos asignados.
- Conocer e informar la situación higiénica ambiental de los lugares de concentración de estudiantes y exigir condiciones higiénico-sanitarias imprescindibles.
- Revisar y comprobar la calidad de la historia clínico-epidemiológica y el estado inmunitario del estudiante según programa de vacunación de becarios.

II. Donde no haya misión médica cubana si existe embajada cubana se encargará de:

- Exigir el cumplimiento de los requisitos que deben reunir los estudiantes extranjeros beneficiados con una beca para estudiar en Cuba previstos en el Reglamento de Becarios Extranjeros en su capítulo II artículo 8:

  - ✓ Certificado de Salud debidamente legalizado que incluya, además de la declaración de que no porta enfermedades transmisibles y de forma específica el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como impedimentos físicos o mentales invalidantes para el ejercicio de la profesión a que aspira y en el caso de las hembras el certificado que asegure que no está embarazada.

III. Para garantizar las acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas en cada Centro de Educación Médica Superior las Universidades Médicas en Cuba:

- Establecer un Plan de medidas para cumplir dentro del país que incluye:

  - ✓ Conocer y divulgar entre todos los trabajadores las orientaciones y medidas propuestas para el enfrentamiento de la pandemia emitidas por el MINSAP.
  - ✓ Capacitación con información clara y precisa de los síntomas de la enfermedad a todos los estudiantes y personal que labora en los CEMS.
  - ✓ En caso de algún estudiante que no asista a clases verificar de inmediato la causa de la ausencia visitándolo en la residencia estudiantil, en caso de tratarse de un estudiante autorizado a vivir fuera de la residencia, debe visitarse de urgencia donde reside y notificar la causa de la ausencia.
  - ✓ Vigilancia y Control diario de cada estudiante con síntomas respiratorios tanto en el escenario docente como en las residencias estudiantiles.
  - ✓ De ser detectado algún estudiante (Facultad con régimen externo) con posibles síntomas de la enfermedad, notificar de inmediato el caso, enviarlo al consultorio médico, garantizar traslado para el hospital de referencia según corresponda.
  - ✓ En caso de informarse un estudiante con diagnóstico sospechoso o positivo de enfermedad del virus H1N1, se pondrá en cuarentena la escuela y residencia donde pertenece el estudiante haciendo

cumplir las medidas que se dicten por el Departamento de Epidemiología del territorio.

- Establecer un Plan de medidas para retorno del periodo vacacional:

  - ✓ Se controlará en cada CEMS, los estudiantes que viajarán en las fechas comprendidas en los meses de julio a septiembre a través del permiso de salida realizado donde deberá informar fecha de posible regreso a nuestro país.
  - ✓ Los estudiantes que en sus países se declare una epidemia y se encuentren de vacaciones, se cumplirán las regulaciones del control sanitario de frontera emitidas hasta que se normalice la situación.
  - ✓ Cada CEMS garantizará el envío de listado de estudiantes que regresan de sus vacaciones (nombre y apellidos, estado y país de procedencia, hora de arribo del vuelo y destino en Cuba), el cual debe ser entregado al Departamento de Control Sanitario Internacional de cada provincia previamente.
  - ✓ Cuando el estudiante regrese de vacaciones se le realizará el control epidemiológico internacional desde el aeropuerto y se chequeará en su escuela de forma inmediata.
  - ✓ En caso de los estudiantes de postgrado que no tienen fecha de salida de vacaciones de forma masiva como el pregrado se tomarán iguales medidas individualmente.

IV. Actividades a desarrollar en las facultades del Nuevo Programa de Formación para el enfrentamiento de la pandemia Influenza A (H1N1).

- Notificación de la sospecha de algún evento epidemiológico a las autoridades sanitarias (Puesto de Mando de Salud y Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología) y a las autoridades docentes del Viceministerio (Coordinación Nacional del programa y Dirección del Polo).
- Evaluación por las autoridades del área de Higiene y Epidemiología de la Provincia y Ministerio.
- Aislamiento o cuarentena del centro según criterios.

- Reunión extraordinaria del Consejo de dirección del CEMS para ejecutar plan de medidas y activación del Puesto de Mando de defensa civil del centro:

  - ✓ Selección del personal de oficinas y servicio.
  - ✓ Realizar registro de todo el personal, con datos de identidad personal, teléfono y dirección particular. Tener disponible en Puesto de Mando.
  - ✓ Verificación de portadores energéticos, de alimentos (incluida la reserva) y de medicamentos.
  - ✓ Verificación de estado de medios de comunicación.
  - ✓ Información y capacitación a todo el personal sobre situación particular.
- Reforzar la asistencia médica con personal calificado: médicos y enfermeros intensivistas.
- Habilitar varias salas de asilamiento para facultades del Nuevo Programa. Una se equipará para ser usada como terapia Intensiva y otra como intermedia. Dos o más salas para observación (en dependencia del número de casos). En todas las salas se cumplirán estrictamente las normas de asepsia y antisepsia, así como vestuario completo y nasobuco.
- Realizar el análisis epidemiológico diario de la morbilidad y organizar el sistema de vigilancia.
- Recibo de estudiantes vacacionistas al centro educacional, se realizarán las siguientes acciones:
  - ✓ Registro de vehículos de transportación: nombre y apellidos del transportista, Carné de identidad, fecha y hora de arribo, matrícula y agencia transportista. Ejecuta SEPSA.
  - ✓ Registro de estudiantes en recepción: nombre y apellidos, estado de procedencia, hora de arribo del vuelo y destino, el cual debe ser entregado al Departamento de Control Sanitario Internacional de cada provincia previamente.
    - ▪ Ejecuta: Atención a Becario extranjero.
  - ✓ Toma de temperatura y añadir al registro anterior
    - ▪ Ejecuta: personal de enfermería y/o profesor designado.

- **Información sistemática de las medidas** a seguir a todos los estudiantes, trabajadores y profesores del centro:
  - ✓ Preparar volantes y carteles para publicar en lugares visibles

- ✓ Anunciar por audio (3 veces o más por día)

- Principales medidas a cumplir en caso de Riesgo de contagio de enfermedad respiratoria:
  - ✓ Evitar los conglomerados de personas y espacios cerrados.
  - ✓ Ventilar bien todos los locales y facilitar ventilación cruzada: comedor, dormitorios, aulas y oficinas.
    a) En los dormitorios: eliminar cortinas y dormir con la cabeza en una misma dirección.
    b) Facilitar vasos desechables para el comedor.
    c) Evitar todo contacto con la puerta de entrada al centro. Solicitar la intervención de la PNR para evitar el arribo de personal no autorizado al centro. La alimentación de los turnos del SEPSA se efectuará desde otro centro para evitar el contacto de los mismos con el personal del centro.
    d) La disposición final de residuales orgánicos e inorgánicos se realizará en dos fosos o zanjas destinadas al efecto respectivamente. Se escogerá preferiblemente área perimetral (ej: detrás del área deportiva), teniendo en cuenta la dirección del viento y distancia del centro. Se debe realizar tratamiento químico, incineración y soterramiento.
    e) Otras medidas comunes a toda enfermedad de transmisión respiratoria: al toser o estornudar tape su boca y nariz con un pañuelo, lavado frecuente de las manos, etc.

- Mantener la información sistemática, veraz y oportuna a todos los estudiantes, profesores y trabajadores del centro.

Anexo # 12

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA
DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES
DIRECCION NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Graves Inespecíficas

Ciudad Habana, 19 de mayo de 2009.

JUSTIFICACION DE LA VIGILANCIA

En muchos países se ha establecido vigilancia de las infecciones respiratorias agudas (IRAs). En Cuba dicho sistema tiene muchos años de establecido. Las IRAs son una serie de enfermedades agudas que atacan diversas partes del tractus respiratorio, desde la nariz hasta los pulmones con manifestaciones de enfermedades agudas diversas. Entre ellas están: enfermedad tipo influenza (ETI), sinusitis, rinitis, amigdalitis, laringitis, traqueitis, bronquitis, otitis, bronquiolitis y neumonías, inclusive las que cursan con evolución grave (enfermedades respiratorias agudas graves o IRAG).

La enfermedad causada por el virus de la influenza esta contemplada dentro de las IRAs, pero por su morbilidad y mortalidad y la existencia de medidas de prevención y control hacen necesario que tenga un sistema de vigilancia específica para esta enfermedad.

La enfermedad tiene una amplia variedad de síntomas. Característicamente presenta cefalea, congestión nasal, estornudos, dolor de garganta, fiebre, malestar general, mialgias y perdida de apetito. La tos suele ser intensa. En otras ocasiones cursa con ronquera, congestión ocular, dolor retroesternal para toser y síntomas gastrointestinales. Estas manifestaciones son de curso limitado y los pacientes se restablecen en el curso de siete días, aunque a veces los periodos de convalecencia son más largos. Pueden también ser asintomática hasta en el 50% de los casos o evolucionar con cuadros muy graves que pueden llevar al paciente a la muerte.

En Cuba existe un programa nacional que tiene entre sus componente la vigilancia de las IRAs. Según este sistema se puede conocer que 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 4ta posición como causa de muerte en la población general. La morbilidad registrada por el número de consultas médicas por IRAs muestra un promedio anual de 5 000 000 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.

La vigilancia permite conocer las cepas de influenza circulante en nuestro medio y a través de la misma es posible detectar las cepas pandémicas cuando aparezcan y tomar las medidas pertinentes para su control.

En la actual etapa, amenazados por la posible pandemia de una infección respiratoria aguda (Influenza A H1N1), cuyo modo principal de transmisión es a través de las microgotas de un paciente que tose o estornuda, es imprescindible vigilar estos eventos y los que están relacionados, por las consecuencias que puede tener para la salud de nuestra población.

Nuestra población cuenta con un sistema de salud asequible y universal. Las personas enfermas siguen la ruta del SNS para su atención desde el nivel ambulatorio hasta los niveles secundarios y terciarios de atención según sus necesidades. Los pacientes con cuadros graves de enfermedades respiratorias agudas reciben atención en las áreas de hospitalización prevista para ello que incluye las UTIs.

DEFINICIÓN DE CASO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA GRAVE INESPECÍFICA (IRAGI):

Todo paciente que por su cuadro clínico y antecedentes epidemiológicos no tenga criterio de caso sospechoso (de Influenza A H1N1) y que clínicamente debute de manera súbita con fiebre superior a 38^0 C, tos, dolor de garganta, disnea o dificultad para respirar con necesidad de hospitalización, que en el momento del ingreso no tiene definida la etiología.
Se debe considerar también como caso los fallecidos de muerte súbita o de causa desconocida en los menores de 1 año.
También se consideran como tal, los cuadros respiratorios de evolución aguda (menos de 24-48 horas) que lleven a la muerte al paciente sin que se haya podido establecer la causa sin tomar en cuenta la edad

A estos pacientes se les debe indicar los estudios pertinentes para definir la posible etiología del cuadro que presentan

Criterios de exclusión de CASO

Paciente que no cumpla con la definición de IRAGI y además, los pacientes con Infección Respiratoria Aguda Grave ingresada que tiene una causa bien definida (bacteriana, viral conocida, nosocomial, hipostática, etc.)

OBJETIVOS GENERAL

- Determinar las características epidemiológicas y la etiología de los pacientes con un cuadro clínico compatible con una Infección Respiratoria Grave Inespecífica

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Detectar oportunamente enfermedades respiratorias agudas que podrían constituir una emergencia de salud pública
2. Conocer el aporte de las IRAGI al total de hospitalizaciones en los servicios de atención al grave
3. Determinar la estacionalidad de las IRAGI
4. Conocer la magnitud de la mortalidad por IRAGI dentro de la mortalidad global de las terapias
5. Brindar información para la toma de decisiones sobre las acciones de prevención y control pertinentes.

LIMITES EN TIEMPO Y ESPACIO

El sistema de vigilancia se desarrollará en todo el territorio nacional y participaran todos los hospitales que cuenten con servicios de terapia intensiva.

POBLACION OBJETO DE VIGILANCIA

Toda la población del país sin distinción de las edades

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos se recolectarán en cada hospital con unidad de cuidados intensivos diariamente y se enviará a las UATS municipal-provincial según corresponda al hospital que remite los datos. Desde el nivel provincial las UATS de ese nivel remitirán los datos a la UATS nacional y esta a su vez la difundirá a los niveles correspondientes

Los datos que van a ser recolectados para la vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves Inespecíficas son los siguientes:

1. # total de hospitalizaciones en la terapia
2. # total de hospitalizaciones en la terapia con diagnóstico de enfermedad respiratoria aguda (neumonías, bronconeumonías, bronquiolitis, otras respiratorias infecciosas definidas)
3. # de ingresos en la terapia con diagnóstico de IRAGI
4. # de fallecidos totales
5. # de fallecidos por enfermedad respiratoria aguda (neumonías, bronconeumonías, bronquiolitis, otras respiratorias infecciosas)
6. # de fallecidos por enfermedad respiratoria aguda grave inespecífica

Para los casos de morbilidad y mortalidad por Infección Respiratoria Aguda Grave Inespecífica se debe recoger la siguiente información adicional:

Nombre completo:
Edad:
Sexo:
Provincia:
Municipio:
Área de Salud:
Hospital:
Fecha ingreso:
Fecha primeros síntomas:
Diagnóstico al Ingreso:
Antecedentes patológicos personales:
Si mayores de 65 años, se vacunó con la antigripal:
Breve Resumen de la Historia Enfermedad Actual:
Estudios realizados (cuales, con fecha) para determinar la causa. Resultados.

Esta información será remitida antes de la 24 horas de notificado el caso a través de los canales de la UATS a los diferentes niveles territoriales hasta la UATS Nacional, con el informe preliminar del resultado de la investigación epidemiológica de cada caso.

Para definir los estudios de laboratorio que deben indicársele a cada caso remitirse a la "Guía de laboratorio para la colecta de muestras" del IPK

En caso de fallecimiento los estudios anatomopatológicos a realizar y como manejar el cadáver están en la guía "Manejo de cadáveres ante una enfermedad viral".

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA

Este sistema de vigilancia funcionara desde la unidad básica de información (el hospital con servicio de terapia intensiva) y desde ella fluirá la información hasta nivel municipal-provincial según corresponda y desde la provincia hacia la UATS nacional

DESDE EL HOSPITAL

Desde cualquiera de las Unidades de Atención al Grave

- Se recogerá la información de los ingresos diarios de la unidad informadora según las categorías de información que se establece en el presente documento

Vicedirector del Hospital que atiende las Unidades de Atención al Grave

- Es el responsable de garantizar se recolecte la información y que se informe diariamente al departamento de estadísticas del hospital

Médico de asistencia de la Unidad de Atención al Grave

- Al ingresar el paciente se debe clasificar según la definición de casos
- Una vez que se identifica un caso de IRAGI, el medico de asistencia debe notificar de inmediato al departamento de epidemiología y a las unidades de higiene y epidemiología del territorio según corresponda
- Notifica los ingresos ocurridos durante el día a la estadística del hospital

Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del hospital

- Revisa diariamente los modelos de Movimiento Hospitalario para identificar los ingresos del día anterior por los diagnósticos establecidos en el parte. en las Unidades de Atención al Grave (incluye UTI, UCIM, Unidad de Cuidados Especiales en Urgencias, Camas de Cuidados Coronarios, ICTUS)
- Registra los ingresos y confecciona el parte.
- Notifica al Epidemiólogo del Hospital los ingresos del día anterior por los diagnósticos que se incluyen en la vigilancia.
- Envía el parte al Centro Municipal o Provincial de Higiene y Epidemiología (de acuerdo al nivel de subordinación).

Departamento de Epidemiología hospitalaria

- Supervisa la recolección de la información diaria del movimiento hospitalario de la terapia
- Participación activa en la garantía del proceso de información
- El Jefe del departamento de epidemiología inicia la investigación epidemiológica y el llenado de los datos a recopilar (según se establece en estas indicaciones)
- Comunica al Director de la Unidad o Centro Municipal o Provincial de Higiene y Epidemiología y Microbiología según corresponda para que designe al especialista que participará en la investigación epidemiológica del caso
- Realiza los análisis y evaluación de los resultados
- Coordina de conjunto con asistencia médica las medidas a tomar de acuerdo con los problemas detectados

Dpto. de Estadística del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología

- Recibe el parte de los Hospitales de subordinación municipal.

- Consolida la información recibida de todos los Hospitales y confecciona el parte municipal.
- Envía el parte al Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.
- Brinda la información del parte a la UATS del municipio.

Centro o Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología

- Recibe diariamente la información desde el Departamento de Estadística del hospital.
- El especialista designado participa de conjunto con el jefe de departamento de epidemiología hospitalaria en la investigación de los casos de IRAGI que se notifiquen en sus unidades
- Realiza los análisis y evaluación de los resultados
- Coordina de conjunto con asistencia médica las medidas a tomar de acuerdo con los problemas detectados

Dpto. de Estadística del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología

- Recibe el parte de los Hospitales de subordinación provincial y de los municipios de la provincia.
- Consolida la información recibida y confecciona el parte provincial.
- Envía el parte a la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas.
- Brinda la información del parte a la UATS de la provincia.

Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología y la UATS

- Recibe diariamente el consolidado provincial
- Realiza los análisis y evaluación de los resultados
- El especialista designado participa de conjunto con el jefe de departamento de epidemiología hospitalaria de los hospitales provinciales en la investigación de los casos de IRAGI que se notifiquen en esas unidades
- Coordina de conjunto con asistencia médica las medidas a tomar de acuerdo con los problemas detectados

Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas.

- Recibe el parte de los Dptos de Estadística de los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología.
- Consolida la información recibida y confecciona el parte nacional.
- Envía el parte a la Dirección Nacional de Epidemiología.

Dirección Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología

- Recibe diariamente el consolidado nacional
- Realiza los análisis y evaluación de los resultados
- Coordina de conjunto con asistencia médica las medidas a tomar de acuerdo con los problemas detectados

Para todas las provincias, la hora de cierre de la información al nivel nacional es antes de las 12.00 meridiano

Ciudad Habana, 30 de abril de 2009
"AÑO DEL 50 ANIVERSARIO DEL TRIUNFO DE LA REVOLUCIÓN"

CIRCULAR 10 / 2009

A: Jefes Provinciales de Estadística
Jefes Provinciales de CPHE
Jefes Municipales de Estadística
Jefes Municipales de CMHE
J Dpto. de Registros Médicos y Estadística en Hospitales, Institutos y Policlínicos.
J Dpto. de Estadística en Otras Unidades de Asistencia Médica y Social.

ASUNTO: Implementación del Parte de Información para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Graves Inespecíficas.

Considerando que en la actual etapa, amenazados por la posible pandemia de una infección respiratoria aguda (Influenza A H1N1), es imprescindible vigilar estos eventos y los que están relacionados, por las consecuencias que puede tener para la salud de nuestra población. Hemos decido implementar un PARTE de Información para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Graves Inespecíficas.

Para la vigilancia que exigen estos tiempos, es necesario reforzar la captación según lo establecido en documentos emitidos anteriormente (SIE de EDO; Circular 6 de 2009).

Flujo de la Información
(Parte de Información para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Graves Inespecíficas)

Dpto. Estadística del Hospital

1. Revisa diariamente los modelos de Movimiento Hospitalario para identificar los ingresos del día anterior por los diagnósticos establecidos en el parte. en las Unidades de Atención al Grave (incluye UTI, UCIM, Unidad de Cuidados Especiales en Urgencias, Camas de Cuidados Coronarios, ICTUS)
2. Registra los ingresos y confecciona el parte.

3. Notifica al Epidemiólogo del Hospital los ingresos del día anterior por los diagnósticos que se incluyen en la vigilancia.
4. Envía el parte al Centro Municipal o Provincial de Higiene y Epidemiología (de acuerdo al nivel de subordinación).

Dpto. de Estadística del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología

1. Recibe el parte de los Hospitales de subordinación municipal.
2. Consolida la información recibida de todos los Hospitales y confecciona el parte municipal.
3. Envía el parte al Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.
4. Brinda la información del parte a la UATS del municipio.

Dpto. de Estadística del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología

1. Recibe el parte de los Hospitales de subordinación provincial y de los municipios de la provincia.
2. Consolida la información recibida y confecciona el parte provincial.
3. Envía el parte a la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas.
4. Brinda la información del parte a la UATS de la provincia.

Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas.

1. Recibe el parte de los Dptos de Estadística de los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología.
2. Consolida la información recibida y confecciona el parte nacional.
3. Envía el parte a la Dirección Nacional de Epidemiología.

Se Adjunta formato de parte en el que deben informar.

Lo que por la presente se dispone estará vigente a partir del día ……..

Dr. Eduardo Zacca Peña
Director Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud

PARTE DIARIO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR IRAGI
PROVINCIA:
DIA:

Grupos de Edad	Sexo	Ingresados en Unidades de Atención al Grave			Fallecidos en Unidades de Atención al Grave		
		Total	De ellos:		Total	De ellos:	
			Número de Ingresos con diagnóstico de enfermedad respiratoria aguda	Número de ingresos con diagnóstico de IRAGI		Número de Fallecidos con diagnóstico de enfermedad respiratoria aguda	Número de Fallecidos con diagnóstico de IRAGI
TOTAL	M						
	F						
-1 año	M						
	F						
1 -4	M						
	F						
5-14	M						
	F						
15-24	M						
	F						
25-59	M						
	F						
60 años y +	M						
	F						

Nota: Enfermedad Respiratoria Aguda (neumonías, bronconeumonías, bronquiolitis, otras respiratorias infecciosas definidas)

ANEXO 13
PLAN DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

La capacitación sobre la Influenza A H1N1 incluye dos etapas. La primera dirigida a todos los trabajadores del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de brindar una información sobre los aspectos generales que caracterizan esta enfermedad, a fin de que puedan identificar de inmediato sus síntomas y signos y actuar en correspondencia.

La segunda etapa se instituye para dar respuesta a las diferentes fases establecidas en el Plan para el Enfrentamiento de la Pandemia de Influenza A (H1N1). En esta etapa, se establecen las prioridades de capacitación con énfasis en el personal administrativo, encargado de la implementación, ejecución y control del Plan; en el personal médico y paramédico que participa en la vigilancia activa y en la Atención Médica.

La capacitación en esta etapa se rige por los **siguientes principios**:

- Los máximos responsables son los Directores Provinciales de Salud y los Rectores y Decanos de las Universidades Médicas.
- Es un proceso continuo, en dependencia de las necesidades de aprendizaje que surjan del Grupo Técnico Nacional.
- Dirigida a grupos específicos, en correspondencia con la actividad a desarrollar en cada fase del Plan Único.
- Escalonada, según orden de prioridad en las distintas fases.
- Controlada por los grupos asignados a nivel nacional y provincial, a través de visitas a las Unidades capacitantes y aplicación de instrumentos evaluativos a los capacitados.
- Reforzada con materiales de apoyo.

Para cumplir estos principios se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Crear en cada Provincia un Grupo de Capacitación ad hoc al Grupo Provincial para el Enfrentamiento a la Pandemia, dirigido por los Rectores y Decanos, quien se encarga de establecer en cada provincia la estrategia de capacitación.
- Seleccionar a los profesores que se encargarán de la capacitación de los distintos grupos específicos.
- Realizar la Capacitación según las prioridades establecidas y las acciones específicas declaradas en el Plan. Los primeros en capacitar son los dirigentes administrativos desde el Nivel Provincial hasta los Policlínicos y Hospitales.

- Establecer un sistema de partes, que serán emitidos por los Rectores o Decanos, 2 veces por semana (martes y jueves), al Viceministerio de Docencia e Investigaciones a través del Puesto de Dirección.
- Aplicar instrumentos para evaluar competencias, por las instancias definidas.
- Establecer en cada Centro de Educación Médica un registro nominal de los capacitados, para su control.

B. CAPACITACION SOBRE SISTEMA DE VIGILANCIA

- Se comenzará la capacitación por el personal que labora en los centros seleccionados como principales. En Ciudad de la Habana, los centros son: Hospital Pediátrico Ángel Arturo Aballí, Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí", Hospital Clínico –Quirúrgico Salvador Allende y Hospital Leonor Pérez. En el resto de las provincias comenzar por los hospitales designados.
- La capacitación en estos centros debe ser asesorada y controlada por la Vicerrectoría y Vicedecanatos de las Universidades Médicas y la Dirección Nacional de Postgrado.
- Capacitar a los médicos y paramédicos de acuerdo las prioridades establecidas en el cuadro siguiente.

Prioridad	Dirigido a:	Contenido a capacitar	Responsables inmediatos	Profesores
1	Personal de salud ubicado en aeropuertos y puertos internacionales,	Sistema de Protección y vigilancia de barrera externa. Control Sanitario Internacional	FCM correspondiente Unidad Municipal de Higiene correspondiente.	Epidemiólogos designados
2	Equipos de salud ubicados en centros con conglomerados de personas: Círculos infantiles Centros escolares internos Hogares de ancianos. Hogares maternos Prisiones	Pesquisa activa Control de foco Vigilancia de estudios de casos y brotes de IRA. Actividades educacionales de Promoción y Prevención de las IRA.	Directores Municipales de Salud. Directores de Unidades municipales de H y E	Profesores designados por el Grupo Provincial para la capacitación.
3	Profesionales y técnicos que laboran en la atención directa a enfermos. Médicos y enfermeras de los consultorios del Medico de la Familia. Especialistas de Medicina Interna y Pediatría que laboran tanto en la APS como en los hospitales.	Pesquisa activa Vigilancia de estudios de casos y brotes de IRA. Actividades educacionales de Promoción y Prevención de las IRA.	Directores Municipales de Salud. Directores de las Unidades municipales de H y E. Directores de Hospitales	Profesores designados

C. CAPACITACION SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA.

- Dirigida al personal médico y paramédico que participa en la Atención Médica directa.
- Se debe comenzar la capacitación del personal que labora en los centros seleccionados como principales. En Ciudad de la Habana, los centros son: Hospital Pediátrico Ángel Arturo Aballí, IPK, Hospital Clínico –Quirúrgico Salvador Allende y Hospital Leonor Pérez. En el resto de las provincias comenzar por los hospitales provinciales.
- En estos centros, la capacitación debe ser asesorada y controlada por las Vicerrectorías y Vicedecanatos de las Universidades Médicas y la Dirección Nacional de Postgrado.
- Los contenidos a desarrollar son los declarados en el Plan Único.
- Capacitar a los médicos y paramédicos de acuerdo las prioridades establecidas en el cuadro siguiente.

Prioridad	Dirigido a:	Contenido	Responsables inmediato	Profesores
1	Equipo de Salud que labora en las Terapias Intensivas municipales y de los hospitales pediátricos y clínicos-quirúrgicos.	▪ Caracterización clínica y manejo de paciente con influenza A H1N1. ▪ Manejo de las complicaciones graves que se presentan en estos pacientes. ▪ Medidas de protección.	Directores Municipales de Salud. Directores de Hospitales	Profesores designados por el Grupo Provincial para la capacitación.
2	Equipos de salud ubicados en los consultorios del Medico de la familia y cuerpos de guardia de los Policlínicos.	▪ Caracterización clínica y manejo ambulatorio de los pacientes con influenza A H1N1 en humanos. ▪ Flujograma de pacientes. ▪ Sistema de Información ▪ Medidas de protección.	Directores Municipales de Salud. Directores de Policlínico.	Profesores designados por el Grupo Provincial para la capacitación.
3	Especialistas de Medicina Interna Y Pediatría, tanto de la APS como de la Atención secundaria	▪ Caracterización clínica y manejo hospitalario de pacientes con influenza A H1N1 en humanos. ▪ Flujograma de pacientes. ▪ Sistema de Información ▪ Medidas de protección.	Directores Municipales de Salud. Directores de Hospitales	Profesores designados por el Grupo Provincial para la capacitación.

D. CAPACITACION SOBRE EL MANEJO DE CADÁVERES.

- Se debe comenzar la capacitación del personal que labora en los centros seleccionados como principales. En Ciudad de la Habana, los centros son: Hospital Pediátrico Ángel Arturo Aballí, IPK, Hospital Clínico –Quirúrgico Salvador Allende y Hospital Leonor Pérez. En el resto de las provincias comenzar por los hospitales provinciales.
- En estos centros, la capacitación debe ser asesorada y controlada por las Vicerrectorías y Vicedecanatos de las Universidades médicas y la Dirección Nacional de Postgrado.
- Los contenidos a desarrollar son los declarados en el Plan Único.
- Capacitar a los médicos y paramédicos de acuerdo las prioridades establecidas en el cuadro siguiente

.

Prioridad	Dirigido a:	Contenido	Responsables inmediato	Profesores
1	Equipos de Salud que laboran en las morgues y Anatomía patológica.	Manejo del cadáver Medidas de protección.	Directores de Hospitales	Profesores designados por el Grupo Provincial para la capacitación.
2	Equipos de salud ubicados en las terapias intensivas.	Manejo del cadáver Medidas de protección.	Directores Municipales de Salud. Directores de Hospitales	Profesores designados por el Grupo Provincial para la capacitación.
3	Equipo de salud ubicado en los cuerpos de guardia y salas hospitalarias.	Manejo del cadáver Medidas de protección.	Directores de Hospitales	Profesores designados por el Grupo Provincial para la capacitación.

ANEXO 14
MEDIDAS MEDIOAMBIENTALES A CUMPLIR POR LOS OACE PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA EPIDEMIA INFLUENZA A (H1N1).

ACCIONES GENERALES.

1. Incrementar e intensificar las acciones de vigilancia y control de la ISE tomando, todas las medidas necesarias de la exigencia sanitaria en todos los centros de riesgo referidos en el anexo indicaciones a los ministros y presidentes de los gobiernos en las provincias relacionadas con las medidas de emergencia a aplicar en los centros colectivos en la prevención y vigilancia clínico epidemiológica contra la epidemia de Influenza A (H1N1), evaluándose la situación higiénica.

2. Actualizar y discutir con las Direcciones de Acueductos y Alcantarillados y de Comunales en los niveles de Municipio y Provincia la situación del Cuadro Higiénico en esos niveles enfatizando en el abasto en cantidad y calidad del agua, limpieza de calles, recogida y disposición final de desechos sólidos, evacuación de fosas, desbordamientos de residuales líquidos, obstrucciones de alcantarillados y salideros de agua potable y aguas usadas en los centros de alto riesgo referidos en el Anexo que se menciona en la número 1.

3. En los centros escolares internos con brote de enfermedad respiratoria exigir la cuarentena que se determine según periodo de incubación. Discutirlo con las Autoridades Provinciales de Educación.

4. Intensificar la Vigilancia y toma de medidas en Hogares Maternos, Hogares de Ancianos, Hogares de Impedidos Físicos y Mentales, enfatizando en las condiciones Higiénico-Sanitarias de la entidad, la higiene personal de los albergados, ventilación natural de los dormitorios y hacinamiento en los mismos. Se hará énfasis en las medidas correspondientes en relación con los alrededores de esas instalaciones.

5. Utilizar en las terminales de todo tipo y aun en los ómnibus que posean audio (discos que divulguen las indicaciones de medidas de higiene personal y colectiva y/o repartir textos) para dar indicaciones de Educación Sanitaria para la Salud. En los interiores de los Ómnibus, Aviones y Trenes poner carteles, afiches, sueltos o

anuncios para divulgar en la población las medidas higiénicas personales y colectivas.

6. Se mantendrá informado al nivel central sobre cualquier situación que la PROVINCIA evalúe de IMPORTANCIA.

MEDIDAS HIGIENICO SANITARIAS PARA INSTITUCIONES HOSPITALARIAS, HOGARES DE ANCIANOS Y DE IMPEDIDOS FISICOS.

I - Capacitación:

- Capacitación permanente al personal docente, médicos, enfermeras y personal de servicio en función de la prevención, el diagnóstico, control, y manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas, control de foco de cualquier enfermedad infecciosa, fundamentalmente en los hogares de ancianos y de impedidos.
- Mantener una información actualizada sobre la situación mundial del Virus Influenza A (H1N1) al personal de cada institución.

II - Higiene personal de los pacientes:

- Garantizar el suministro de jabón para el duchado de los pacientes y para el lavado de las manos después de toser, estornudar, ir al baño, antes de comer y después de comer u otra actividad que cree aerosol.
- Garantizar el cambio diario de ropa de cama y de pijamas de los pacientes.
- Se exigirá que no exista hacinamiento en las salas, cubículos ni departamentos del hospital, hogar de ancianos y de impedidos. (distancia entre camas como mínimo 50 cm.)
- En caso de hospitalización en aislamiento de algún caso sospechoso o confirmado de Influenza A (H1N1), garantizar máscaras respiratorias en caso de tener que salir de esta área

III - Higiene del personal médico:

- Usará la bata sanitaria (Larga) cerrada delante para el trabajo con los pacientes, en este caso y en las áreas de riesgo no deberá tener contacto con el exterior. La cual deberá guardarse en una bolsa identificada autoclavearse y lavarse
- Después del examen físico a pacientes se lavará las manos con agua corriente y jabón, al igual que antes y después de manipular el EPP.
- Usar guantes.
- No usar toallas, si no hay papel desechable, no secarse las manos y usar solución alcohólica para la desinfección.
- Usar los medios de protección.

IV- Higiene de los locales:

- Mantener una ventilación natural adecuada mediante puertas y ventanas en las salas.
- De ser empleada la ventilación artificial por medio de aires acondicionados, estos deben garantizar los cambios de aire necesarios. La limpieza de los filtros de polvo y del equipo en general será de control sistemático aumentando su exigencia en los locales destinados a reuniones, aulas, salas cerradas y otros similares.
- Se garantizará la existencia y funcionamiento de lavamanos, duchas, en buenas condiciones higiénicas en salas, consultas médicas, comedores y cocina.
- Se garantizará la existencia de taquillas en salas, laboratorios y cocinas, en buenas condiciones higiénicas.
- Limpieza e higiene adecuada en todas las áreas. Recordar no utilizar la misma frazada para el área limpia que para área sucia
- Se exigirá la existencia de jabón para el aseo frecuente de manos, antes y después de atender a cada paciente en consultas y salas.
- Se garantizará la existencia de sustancias detersivas y desincrustantes para el fregado diario de utensilios de cocina comedor.
- Se exigirá la limpieza total con agua y jabón de paredes, pisos, etc. con una frecuencia diaria.
- En caso de derrames en áreas de riesgo como laboratorios se procederá a desarrollar lo descrito en los planes de emergencia e inscribirlo en el registro e accidentes e incidentes.

IV A - Abasto de agua:

- Garantizar abasto de agua en cantidad y calidad suficiente en las instituciones hospitalarias.
- Garantizar la desinfección del agua de consumo con un cloro residual no menor de 0.3 ppm. y no mayor de 2 ppm.
- Garantizar la protección, limpieza y desinfección de los sistemas de almacenamiento de agua, cisterna tanque u otro recipiente que se utilice para este fin.
- Establecer reunión Bilateral Mensual.
- Realizar Contacto semanal Operativo – INRH y DNSA/ y o CPHEM.
- Garantizar despacho integral para intercambiar criterios técnicos sobre el equipamiento instalado de equipos cloradores de gas, hipocloradores, motobombas de agua, siempre que reciban estos equipos consultar a salud publica su ubicación según criterios sanitarios .
- Realizar el Análisis de la producción, asignación y distribución de productos químicos (Cloro gas, Hipoclorito de Sodio Sulfato de Alúmina para el tratamiento del agua.
- Realizar el Estudio Integral de residuales líquidos.
- Garantizar el mantenimiento de las lagunas de oxidación
- Garantizar la revisión conjunta INRH Y DNSA de las nuevas inversiones

IV B - Control de desechos sólidos

- Se exigirá el cumplimiento del manejo de los desechos sólidos y peligrosos en cuanto a su segregación, recolección, almacenamiento, transportación, tratamiento y disposición final.
- Se garantizara la cantidad de bolsas plásticas, depósitos y carros trasportadores de los desechos sólidos peligrosos en las instituciones de hospitalarias y policlínicos.
- Se exigirán los medios de protección para el personal que participe en cualquiera de las etapas del plan de manejo de los desechos sólidos y peligrosos.
- Reunión mensual con la dirección nacional de comunales para el análisis de los indicadores establecidos para evaluar calidad de la recogida, almacenamiento y disposición final de la basura.
- Garantizar el análisis con indicadores de forma individual de la estrategia para la recogida de la basura en Ciudad de la Habana.

IV C - Control de Residuales líquidos:

- Se exigirá el tratamiento que garantice la inocuidad del residual líquido peligroso procedente de las instituciones hospitalarias.
- Se llevará control estricto de las fosas reportadas pendiente, y desbordadas, salideros de agua y residuales líquidos reportados y resueltos

V- MEDIDAS HIGIÉNICO SANITARIAS PARA CENTROS ESCOLARES

Círculos infantiles

1. Realizar vigilancia activa de casos con infecciones respiratorias en educandos y educadores, no permitir la entrada al centro de personas con sintomatología respiratoria.
2. Capacitar a docentes, médicos y enfermeras trabajadores del círculo infantil en función de la Salud Escolar en la prevención, el diagnóstico, control, manejo de Infecciones Respiratorias Agudas.
3. Incluir en el programa del día actividades de educación sanitaria e insistir en las medidas higiénico epidemiológicas de prevención de las infecciones respiratorias agudas.

4. Cumplir con las medidas de higiene personal indicadas:
   - Baño diario
   - Lavado frecuente de las manos con jabón(cada vez que se utilice el servicio sanitario, coma ,fume y si tose o estornuda)
   - Higiene de las ropas personales
   - Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser
   - Mantener los locales con adecuada ventilación natural, con recambio con el medio exterior en aquellos que tengan climatización.
   - Desinfección química de utensilios de cocina comedor y servicios sanitarios.

5. Intensificar la higiene y limpieza en áreas interiores y exteriores de los locales :
   - Mantener libres de polvo el Mobiliario que utilizan los niños (techos, pisos, puertas y ventanas).
   - Garantizar la cantidad y calidad del agua y sus condiciones de almacenamiento.
   - Garantizar la limpieza y el cumplimiento de las medidas de higiene en todos los aspectos relacionados con la alimentación.

6. Que se garantice la higiene de los servicios sanitarios, y la higiene del ambiente exterior: alrededores, áreas de juego y práctica de deportes, locales para los desechos,
7. Eliminar las fuentes generadoras de vectores y de contaminación atmosférica, y otros factores de riesgo que puedan atentar contra la salud de educandos y trabajadores.
8. Garantizar la Solución para la desinfección con cloro de superficies y pisos (mesas, sillas, escritorios, pisos, baños, teléfonos, picaportes de puertas, barandas y pasamanos) (Hipoclorito de sodio (lejía comercial al 5 %) diluido al 0.1% (100 ppm). Diluir 5 mL de hipoclorito en 1 L de agua).

Centros escolares internos y albergues de universidades

1. Realizar vigilancia activa de casos con infecciones respiratorias en educandos y educadores, para proceder a su aislamiento, declarar el centro en cuarentena y realizar el estudio epidemiológico de los casos y del brote.

2. Capacitar a docentes, médicos y enfermeras en función de la Salud Escolar en la prevención, el diagnóstico, control, manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas.

3. Aprovechar los espacios para realizar actividades de educación sanitaria e insistir en las medidas higiénico epidemiológicas de prevención de las infecciones respiratorias agudas.

4. Cumplir con las medidas indicadas:
   - Baño diario
   - Lavado frecuente de las manos con jabón (cada vez que se utilice el servicio sanitario, ingiera alimentos, fume, tosa o estornude)
   - Higiene de las ropas personales y de cama
   - Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser
5. Mantener los locales con adecuada ventilación natural, con recambio con el medio exterior en aquellos que tengan climatización.
6. Desinfección química de utensilios de cocina comedor y servicios sanitarios.
7. Evitar el hacinamiento en aulas y dormitorios realizando las siguientes acciones: Espaciamiento entre mesas y literas según permitan los locales y Utilizar la mayor capacidad de ventilación natural y circulación del aire.

8. Intensificar la higiene y limpieza en áreas interior y exteriores de los locales :
9. Mantener libres de polvo el Mobiliario escolar, techos, pisos, puertas y ventanas.
10. Garantizar la cantidad y calidad del agua y sus condiciones de almacenamiento.
11. Exigir que se garantice la limpieza de locales relacionados con la alimentación.
12. Garantizar la higiene de los servicios sanitarios, y la higiene del ambiente exterior: alrededores, áreas de juego y práctica de deportes, locales para los desechos.
13. Evitar fuentes generadoras de vectores y de contaminación atmosférica.

14. El personal medico, de enfermería o docente que se determine tiene que garantizar la población dispensarizada con enfermedades respiratorias crónicas (asma bronquial, alergias respiratorias y otras), y garantizarle vigilancia y atención particularizadas (situación actual del afectado, presencia de alergias medicamentosas, disponibilidad de medicamentos para períodos de crisis agudas, oxígeno y nebulizadores).

15. Garantizar el abastecimiento de recursos materiales para cumplimentar las medidas de higiene individual y colectiva (jabón, detergente, desinfectantes, utensilios de limpieza) para enfrentar situaciones de cuarentena en los centros escolares pertenecientes a cualquier ministerio.

Centros escolares externos y universidades

1. Realizar vigilancia activa de casos con infecciones respiratorias en educandos y educadores, y no permitir la entrada al centro de los mismos.
2. Capacitar a docentes, médicos y enfermeras trabajadores del centro escolar en función de la Salud Escolar en la prevención, el diagnóstico, control, manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas.
3. Incluir en el programa del día actividades de educación sanitaria e insistir en las medidas higiénico epidemiológicas de prevención de las infecciones respiratorias agudas.
4. Cumplir con las medidas de higiene personal indicadas:

- Lavado frecuente de las manos con jabón (cada vez que se utilice el servicio sanitario, ingiera alimentos, fume, tosa o estornude)
- Higiene de las ropas personales
- Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser
- Mantener los locales con adecuada ventilación natural, con recambio con el medio exterior en aquellos que tengan climatización
- Desinfección química de utensilios de cocina comedor y servicios sanitarios.

5. Intensificar la higiene y limpieza en áreas interior y exteriores de los locales :
   - Mantener libres de polvo el Mobiliario que utilizan los estudiantes (techos, pisos, puertas y ventanas).
   - Garantizar la cantidad y calidad del agua y sus condiciones de almacenamiento.
   - Garantizar la limpieza y el cumplimiento de las medidas de higiene en todos los aspectos relacionados con el manejo de alimentos (almuerzo y la merienda escolar)
6. Garantizar la higiene de los servicios sanitarios, y la higiene del ambiente exterior: alrededores, áreas de juego y práctica de deportes, locales para los desechos,
7. Eliminar las fuentes generadoras de vectores y de contaminación atmosférica.

VI – **Centros de trabajo y albergues de trabajadores**

1. Realizar vigilancia activa de casos con infecciones respiratorias en los trabajadores y no permitir la entrada al centro de los mismos en el caso de los albergues realizar aislamiento de los casos que se presenten y el estudio de los mismos.
2. Capacitar a funcionarios administrativos, médicos y enfermeras trabajadores del centro en función de la Salud en la prevención, el diagnóstico, control, manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas.
3. Incluir en el día actividades de educación sanitaria por departamentos e insistir en las medidas higiénico-epidemiológicas de prevención de las infecciones respiratorias agudas.
4. Cumplir con las medidas de higiene personal indicadas:
   - Lavado frecuente de las manos con jabón (cada vez que se utilice el servicio sanitario, ingiera alimentos, fume, tosa o estornude)

- Higiene de las ropas personales y de camas
- Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser
- Mantener los locales con adecuada ventilación natural, con recambio con el medio exterior en aquellos que tengan climatización
- Desinfección química de utensilios de cocina comedor y servicios sanitarios.
- Evitar el hacinamiento en los albergues.

5. Intensificar la higiene y limpieza en áreas interiores y exteriores de los locales :
   - Mantener libres de polvo el Mobiliario que utilizan los estudiantes (techos, pisos, puertas y ventanas).
   - Garantizar la cantidad y calidad del agua y sus condiciones de almacenamiento.
   - Garantizar la limpieza y el cumplimiento de las medidas de higiene en todos los aspectos relacionados con el manejo de alimentos (almuerzo y la merienda escolar)
6. Garantizar la higiene de los servicios sanitarios, y la higiene del ambiente exterior: alrededores, locales para los desechos,
7. Eliminar las fuentes generadoras de vectores y de contaminación atmosférica.
8. Garantizar la Solución para la desinfección con cloro de superficies y pisos (mesas, sillas, escritorios, pisos, baños, teléfonos, picaportes de puertas, etc) (Hipoclorito de sodio (lejía comercial al 5 %) diluido al 0.1% (100 ppm). Diluir 5 mL de hipoclorito en 1 L de agua).

VII–MEDIDAS HIGIÉNICO SANITARIAS PARA UNIDADES MILITARES

1. Realizar vigilancia activa de casos con infecciones respiratorias en las unidades y proceder a su aislamiento, declarar el centro en cuarentena y realizar el estudio epidemiológico de los casos y del brote, en caso de tener trabajadores externos no permitir la entrada de los mismos en caso de síntomas respiratorios.

2. Capacitar médicos, enfermeras y trabajadores y/o cuadros en función de la prevención, el diagnóstico, control, manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas.

3. Aprovechar los espacios para realizar actividades de educación sanitaria e insistir en las medidas higiénico epidemiológicas de prevención de las infecciones respiratorias agudas.

4. Cumplir con las medidas indicadas:
   - Baño diario
   - Lavado frecuente de las manos con jabón(cada vez que se utilice el servicio sanitario, ingiera alimentos, fume, tosa o estornude)
   - Higiene de las ropas personales y de cama en los dormitorios
   - Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser
   - Mantener los locales con adecuada ventilación natural, con recambio con el medio exterior en aquellos que tengan climatización.
   - Desinfección química de utensilios de cocina comedor y servicios sanitarios.
   - Evitar el hacinamiento en los dormitorios realizando las siguientes acciones: espaciamiento entre camas según permitan los locales y utilizar la mayor capacidad de ventilación natural y circulación del aire.

5. Intensificar la higiene y limpieza en áreas interior y exteriores de los locales :
   - Mantener libres de polvo el Mobiliario escolar, techos, pisos, puertas y ventanas.
   - Garantizar la cantidad y calidad del agua y sus condiciones de almacenamiento.
   - Exigir que se garantice la limpieza de locales relacionados con la alimentación.
   - Garantizar la higiene de los servicios sanitarios, y la higiene del ambiente exterior: alrededores, áreas de juego y práctica de deportes, locales para los desechos.
   - Evitar fuentes generadoras de vectores y de contaminación atmosférica.

6. El personal médico, de enfermería o docente que se determine, tiene que garantizar tener identificada la población dispensarizada con enfermedades respiratorias crónicas (asma bronquial, alergias respiratorias y otras), y garantizarle vigilancia y atención particularizadas (situación actual del afectado, presencia de alergias medicamentosas, disponibilidad de medicamentos para períodos de crisis agudas, oxígeno y nebulizadores).

7. Garantizar el abastecimiento de recursos materiales para cumplimentar las medidas de higiene individual y colectiva (jabón, detergente, desinfectantes, utensilios de limpieza) para enfrentar situaciones de cuarentena.

VIII– Centros penitenciarios

1. Realizar vigilancia activa de casos con infecciones respiratorias en los reclusos, proceder a su aislamiento, realizar el estudio epidemiológico de los casos, del brote y proceder a la cuarentena.
2. No permitir la entrada al centro de los trabajadores externos con síntomas respiratorios.
3. Capacitar médicos y enfermeras, trabajadores del centro, en función de la prevención, el diagnóstico, control, manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas.
4. Aprovechar los espacios para realizar actividades de educación sanitaria e insistir en las medidas higiénico epidemiológicas de prevención de las infecciones respiratorias agudas.
5. Cumplir con las medidas indicadas:
   - Baño diario
   - Lavado frecuente de las manos con jabón (cada vez que se utilice el servicio sanitario, ingiera alimentos, fume, tosa o estornude)
   - Higiene de las ropas personales y de cama en los dormitorios
   - Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser
   - Mantener los locales con adecuada ventilación natural, con recambio con el medio exterior en aquellos que tengan climatización.
   - Desinfección química de utensilios de cocina comedor y servicios sanitarios.
   - Evitar el hacinamiento en los dormitorios realizando las siguientes acciones: espaciamiento entre camas según permitan los locales y Utilizar la mayor capacidad de ventilación natural y circulación del aire.
6. Intensificar la higiene y limpieza en áreas interiores y exteriores de los locales :
   - Mantener libres de polvo el mobiliario escolar, techos, pisos, puertas y ventanas.
   - Garantizar la cantidad y calidad del agua y sus condiciones de almacenamiento.
   - Exigir que se garantice la limpieza de locales relacionados con la alimentación.

- Garantizar la higiene de los servicios sanitarios, y la higiene del ambiente exterior: alrededores, áreas de juego y práctica de deportes, locales para los desechos.
- Evitar fuentes generadoras de vectores y de contaminación atmosférica.

7. El personal médico, de enfermería que se determine, tiene que garantizar tener identificada la población dispensarizada con enfermedades respiratorias crónicas (asma bronquial, alergias respiratorias y otras), y garantizarle vigilancia y atención particularizadas (situación actual del afectado, presencia de alergias medicamentosas, disponibilidad de medicamentos para períodos de crisis agudas, oxígeno y nebulizadores).

8. Garantizar el abastecimiento de recursos materiales para cumplimentar las medidas de higiene individual y colectiva (jabón, detergente, desinfectantes, utensilios de limpieza) para enfrentar situaciones de cuarentena.

IX– MEDIDAS HIGIÉNICO SANITARIAS PARA LOCALES DE REUNIÓN O CENTROS CERRADOS

1. Impedir la entrada de trabajadores con síntomas. Aplicar medidas de contención (uso del nasobuco, impedir el acceso al local a aquellas personas con síntomas respiratorios)
2. Orientar a todos los trabajadores sobre la técnica adecuada para toser o estornudar cubriendo completamente nariz y boca con un pañuelo desechable y la disposición de éste en la basura en una bolsa de nylon.
3. Lavarse las manos y muñecas frecuentemente (antes, durante y después de concluida la jornada laboral, cada vez que se utilice el servicio sanitario, ingiera alimento, fume y si tose o estornuda con agua y jabón.
4. Trabajar y conversar, tratando de mantener una distancia mínima de 1,5 metros, evitando la transmisión por las gotas de saliva.
5. No saludar de beso, mano y abrazos.
6. En los baños se deberán colocar indicaciones sobre la técnica correcta del lavado de manos.
7. Garantizar en los servicios sanitarios suficiente agua y jabón así como desinfectantes y toallas de papel desechables para facilitar el frecuente lavado de las manos de los trabajadores.
8. El personal de limpieza debe utilizar guantes desechables de látex o poliuretano o polietileno para la realización de la limpieza con las sustancias desinfectantes

9. Se deberá realizar la limpieza del inmueble con agua y detergente o con una solución de cloro (un litro de agua con 8 cucharaditas de cloro al 6%, que es el cloro comercial) en pisos, asientos, mesas, superficies de contacto como barandales, pasamanos, etc.)
10. Conservar permanentemente en condiciones de uso e higiénicos los servicios sanitarios, vestidores y casilleros destinados al uso del personal.
11. En cada local se deberá tener una densidad humana máxima de 1 persona cada 2 sillas dejando dos filas al frente y atrás de espacio vacío.
12. Identificar el cupo máximo de personas que podrán entrar a los locales, manteniendo un espacio de 2.25 metros entre cada una de ellas (2 sillas vacías entre persona y persona dos filas libres y una ocupada)
13. Al salir del local se deberá utilizar las rutas de evacuación previstas con anterioridad de forma escalonada, siempre manteniendo una distancia de por lo menos dos pasos entre persona y persona, y organizar salidas escalonadas por filas para evitar las aglomeraciones y permitir el espacio entre ellas.
14. En los locales que exista aire acondicionado mantener el clima con una graduación entre los 24° y los 26° C. y una humedad entre 50 y 60%. Se deberá realizar el programa de mantenimiento específico para cada sistema, en especial limpieza de filtros frecuentemente.
15. En los locales sin aire acondicionado mantener las ventanas y puertas abiertas para ventilar el área y permitir la entrada del sol
16. En el caso de los locales donde se realice una actividad de compra-venta con el cliente (taquilla, tienda de alimentos/ dulcería, etc.) tratar de hablar y acercarse sólo lo necesariamente indispensable y frecuentemente lavarse las manos con agua y jabón, cada vez que se utilice el servicio sanitario ,ingiera alimento ,fume y si tose o estornuda.
17. Mantener limpia y desinfectadas todas las superficies que se tocan con frecuencia con agua, detergente liquido y cloro tales como: mesa, mostradores, pasamanos, picaportes de puertas, teléfonos, computadoras, equipos de trabajo comunes, etc.
18. Garantizar la disponibilidad de contenedores rígidos de basura con bolsa de plástico y tapa en todas las áreas, para el desecho de pañuelos y otros desperdicios evitando el contacto directo con estos y garantizar una correcta disposición final para evitar la acumulación de desechos.
19. Evitar compartir artículos de oficina como plumas, lápices, plumones, marcadores, CD, USB, etc.

X – Hoteles, hostales, casas de alquiler y centros turísticos de todo tipo

1. No permitir la entrada de trabajadores con síntomas respiratorios a ninguno de estos centros.
2. Realizar vigilancia activa de síntomas respiratorios. Notificar todo caso con infección respiratoria para proceder a su aislamiento y realizar su estudio epidemiológico.
3. Capacitar a médicos y enfermeras, trabajadores de los centros, personas que alquilan, en la prevención, el diagnóstico, control, manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas.
4. Realizar actividades de educación sanitaria e insistir en las medidas higiénicas epidemiológicas de prevención de las infecciones respiratorias agudas.
5. Cumplir con las medidas indicadas:
   - Baño diario
     - Lavado frecuente de las manos con gel cada vez que se utilice el servicio sanitario, ingiera alimento, fume y si tose o estornuda
   - Higiene de las ropas personales y de cama
   - Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser
   - No saludar de beso, mano y abrazos.
   - Mantener los locales con adecuada ventilación natural, con recambio con el medio exterior en aquellos que tengan climatización.
   - Desinfección química de utensilios de cocina comedor y servicios sanitarios.
   - Evitar el hacinamiento

6. Intensificar la higiene y limpieza en áreas interiores y exteriores de los locales :
   - Mantener libres de polvo todo el mobiliario, techos, pisos, puertas y ventanas.
   - Garantizar la cantidad y calidad del agua y sus condiciones de almacenamiento.
   - Garantizar la limpieza de locales relacionados con la alimentación.
   - Garantizar la higiene de los servicios sanitarios, suficiente agua y jabón así como desinfectantes y toallas de papel desechables para facilitar el frecuente lavado de las manos de los trabajadores.
   - En los baños se deberán colocar indicaciones sobre la técnica correcta del lavado de manos.

- El personal de limpieza debe utilizar guantes desechables de látex o poliuretano o polietileno para la realización de la limpieza con las sustancias desinfectantes
- Se garantizará la limpieza del inmueble con agua y detergente o con una solución de cloro (un litro de agua con 8 cucharaditas de cloro al 6%, que es el cloro comercial) en pisos, asientos, mesas, superficies de contacto como barandales, pasamanos, etc.)
- Conservar permanentemente en condiciones de uso e higiénicos los servicios sanitarios, vestidores y casilleros destinados al uso del personal.
- En cada local se deberá tener una densidad humana máxima de 1 persona cada 2 sillas dejando dos filas al frente y atrás de espacio vacío.
- Evitar fuentes generadoras de vectores y de contaminación atmosférica.

7. Garantizar el abastecimiento de recursos materiales para cumplimentar las medidas de higiene individual y colectiva (gel, detergente, desinfectantes, utensilios de limpieza).
8. Mantener limpias y desinfectadas todas las superficies que se tocan con frecuencia con agua, detergente liquido y cloro tales como: mesa, mostradores, pasamanos, picaportes de puertas, teléfonos, computadoras, equipos de trabajo comunes,

XI – MEDIDAS HIGIÉNICO SANITARIAS PARA ELT RANSPORTE PÚBLICO URBANO DE PASAJEROS

En relación a las personas

1. Los chóferes y conductores de los autobuses no podrán trabajar si presentan algún síntoma respiratorio
2. Los chóferes y conductores no deberán usar corbatas pues actúan como reservorio de microorganismos
3. Uso correcto del nasobuco para abordar el vehículo, tanto los choferes y conductores como personal que va a abordar
4. No permitir hacinamiento en el autobús
5. No saludar de mano, beso y abrazo dentro del autobús.
6. No ingerir alimentos, fumar ni beber dentro del autobús
7. No conversar durante el trayecto
8. Aplicar la técnica adecuada para toser y estornudar
9. Lavarse correctamente las manos con agua y jabón y solución desinfectante antes de abordar el autobús y al llegar a su destino
10. Mantenerse alejado de las personas que aparentan tener infección respiratoria aguda

En relación al vehículo

1. Garantizar que se haya efectuado la limpieza del vehículo con agua y detergente y solución de cloro comercial al 6% (8 cucharaditas de cloro al 6% en un litro de agua) sobre toda superficie de contacto (pisos, ventanillas, puertas, asientos, tubos de agarre, manijas, cristales, etc.) Antes de salir de la terminal de parqueo.
2. Esta actividad se debe realizar 2 veces al día con un período no mayor de 12 horas en el caso de transporte estatal, si fuese particular sería una vez al día
3. Ubicar dentro del autobús indicaciones sobre las técnicas de lavado de manos, y técnica adecuada para toser o estornudar.

XI – Transporte público interprovincial por autobús, ferrocarriles y aéreo

1. Vigilancia activa de No permitir trabajadores con sintomatología respiratoria
2. Uso correcto del nasobuco para abordar tanto trabajadores como personal que va a abordar cualesquiera de los medios de transportación
3. No saludar de mano, beso y abrazo dentro del transporte. .
4. No ingerir alimentos, fumar ni beber dentro del transporte
5. No conversar durante el trayecto.
6. Aplicar la técnica adecuada para toser y estornudar
7. Lavarse correctamente las manos con agua y jabón y solución desinfectante antes de abordar el medio de transporte y al llegar a su destino
8. Mantenerse alejado de las personas que aparentan tener infección respiratoria aguda

En relación al vehículo

1. Antes de salir al viaje garantizar que se haya efectuado la limpieza del medio de transporte con agua y detergente y (Hipoclorito de sodio (lejía comercial al 5 %) diluido al 0.1% (100 ppm). Diluir 5 mL de hipoclorito en 1 L de agua).sobre toda superficie de contacto (pisos, ventanillas, puertas, asientos, tubos de agarre, manijas, cristales, etc.).
2. Esta actividad se debe realizar cada vez que salga el medio de trasporte a un nuevo destino.

3. Ubicar dentro del medio de trasporte para que puedan ser leídos en formato de texto, plegables, afiches indicaciones sobre las técnicas de lavado de manos, y técnica adecuada para toser o estornudar.
4. Mantener libres de polvo todo el mobiliario, techos, pisos, puertas y ventanas.
5. Garantizar la cantidad y calidad del agua y sus condiciones de almacenamiento.
6. Garantizar la limpieza de locales relacionados con la alimentación.
7. Garantizar la higiene de los servicios sanitarios, suficiente agua y jabón así como desinfectantes y toallas de papel desechables para facilitar el frecuente lavado de las manos de los trabajadores.
8. En los baños se deberán colocar indicaciones sobre la técnica correcta del lavado de manos.
9. El personal de limpieza debe utilizar guantes desechables de látex o poliuretano o polietileno para la realización de la limpieza con las sustancias desinfectantes
10. Evitar fuentes generadoras de vectores y de contaminación atmosférica.
11. Garantizar el abastecimiento de recursos materiales para cumplimentar las medidas de higiene individual y colectiva (jabón, detergente, desinfectantes, utensilios de limpieza).

XII– Estaciones públicas de transportación de pasajeros

En relación a las personas

- No permitir trabajadores con sintomatología respiratoria
- Realizar vigilancia activa de casos con infecciones respiratorias
- Uso correcto del nasobuco para abordar tanto trabajadores como personal que va a abordar cualesquiera de los medios de transportación
- No saludar de mano, beso y abrazo dentro de las estaciones..
- Aplicar la técnica adecuada para toser y estornudar
- Lavarse correctamente las manos con agua y jabón y solución desinfectante antes de abordar el medio de transporte y al llegar a su destino
- Mantenerse alejado de las personas que aparentan tener infección respiratoria aguda.
- Ubicar dentro de la estación para que puedan ser leídos en formato de texto, plegables, afiches indicaciones sobre las técnicas de lavado de manos, y técnica adecuada para toser o estornudar.
- Mantener libres de polvo todo el mobiliario, techos, pisos, puertas y ventanas.

- Garantizar la cantidad y calidad del agua y sus condiciones de almacenamiento para todas las actividades
- Garantizar la limpieza de locales relacionados con la alimentación.
- Garantizar la higiene de los servicios sanitarios, suficiente agua y jabón así como desinfectantes y toallas de papel desechables para facilitar el frecuente lavado de las manos de los trabajadores.
- En los baños se deberán colocar indicaciones sobre la técnica correcta del lavado de manos.
- El personal de limpieza debe utilizar guantes desechables de látex o poliuretano o polietileno para la realización de la limpieza con las sustancias desinfectantes
- Evitar fuentes generadoras de vectores y de contaminación atmosférica.
- Garantizar el abastecimiento de recursos materiales para cumplimentar las medidas de higiene individual y colectiva (jabón, detergente, desinfectantes, utensilios de limpieza).

XIII – Centros de espectáculos públicos y concentración de todo tipo

- Realizar éste tipo de actividad en caso de extrema necesidad.
- Impedir la entrada de trabajadores con síntomas respiratorios.
- Aplicar medidas de contención (uso del nasobuco, impedir el acceso al local a aquellas personas con síntomas respiratorios)
- Orientar a todos los trabajadores sobre la técnica adecuada para toser o estornudar cubriendo completamente nariz y boca con un pañuelo desechable y la disposición de este en la basura en una bolsa de nylon.
- Trabajar y conversar, tratando de mantener una distancia mínima de 1,5 metros, evitando la transmisión por las gotas de saliva.
- No saludar de beso, mano y abrazos.
- En los baños se deberán colocar indicaciones sobre la técnica correcta del lavado de manos.
- Garantizar en los servicios sanitarios suficiente agua y jabón así como desinfectantes y toallas de papel desechables.
- El personal de limpieza debe utilizar guantes desechables de látex o poliuretano o polietileno para la realización de la limpieza con las sustancias desinfectantes
- Se deberá realizar la limpieza del inmueble con agua y detergente o con una solución de cloro (un litro de agua con 8 cucharaditas de cloro al 6%, que es el cloro comercial) en pisos, asientos, mesas, superficies de contacto como barandales, pasamanos, etc.)

- Conservar permanentemente en condiciones de uso e higiénicos los servicios sanitarios, vestidores y casilleros destinados al uso del personal.
- Al salir del local se deberá utilizar las rutas de evacuación previstas con anterioridad de forma escalonada, siempre manteniendo una distancia de por lo menos dos pasos entre persona y persona, y organizar salidas escalonadas por filas para evitar las aglomeraciones y permitir el espacio entre ellas.
- Garantizar la disponibilidad de contenedores rígidos de basura con bolsa de plástico y tapa en todas las áreas, para el desecho de pañuelos y otros desperdicios evitando el contacto directo con estos y garantizar una correcta disposición final para evitar la acumulación de desecho.

XIV- PUERTOS, AEROPUERTOS Y MARINAS

- No permitir trabajadores con sintomatología respiratoria
- Realizar vigilancia activa de casos con infecciones respiratorias
- Uso obligatorio de los medios de protección personal en el personal médico, de enfermería y paramédico.
- Mantener la vigilancia sobre los Alimentos (granel, contenedores, retractilados y productos dirigidos para el consumo de embajadas o eventos internacionales).
- Tener actualizado el Registro Sanitario de alimentos. (Base de datos del Registro Sanitario de Alimentos)
- Cumplir con las medidas higiénicas sanitarias en el manejo de los Desechos sólidos en todas las etapas (segregación, recolección, almacenamiento, transportación, incinerador y soterramiento de las cenizas en vertederos autorizados).
- Cumplir con las medidas higiénicas sanitarias sobre Residuales líquidos (control de las cisternas, carros transportadores, plantas de tratamientos y vertimiento final así como el control del personal de la tripulación mediante la libre plática.
- Exigir la Vigilancia y el Control de insectos y roedores, tanto de las embarcaciones como las aeronaves.(Certificado de desratización)
- Mantener vigilancia sobre Equipos, medicamentos, alimentos , mercancías y paquetes postales (DHL)
- Mantener estrecha relación de trabajo con los Laboratorios de los Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología. (estudios de vigilancia de alimentos de importación, conflictos, registro sanitario, investigaciones sobre radioactividad y residuos tóxicos de plaguicidas)..

- Realizar las Acciones de la Inspección Sanitaria Estatal (trazabilidad, desde su origen hasta destino final), aplicando las resoluciones conjuntas MINSAP- MINCEX y MINSAP – MINAGRI.
- Cumplir con las Medidas sanitarias y fitosanitarias y obstáculos para el comercio (armonización con las normas internacionales, facilitar el comercio y proteger la salud de los consumidores).

XV- Centros de alimentacion colectiva, cocina comedores, centros de elaboracion, panaderias, dulcerias, cafeterias, restaurantes, rapiditos

1.- No permitir la entrada de trabajadores con sintomatología respiratoria.
2.- Garantizar la Higiene personal de los dependientes (Bata sanitaria, pelado y afeitado)
2.- Garantizar que en los centros de expendio de alimentos exista lavamanos con agua corriente.
3.--. Garantizar el lavado frecuente de las manos con jabón (cada vez que se utilice el servicio sanitario, antes y después de ingerir alimento, fume y si tose o estornuda)
4.- Garantizar la limpieza y desinfección de todas las superficies que se tocan con frecuencia con agua, detergente liquido y cloro tales como: mesa, mostradores, pasamanos, picaportes de puertas, teléfonos, computadoras, equipos de trabajo comunes.
5.-- No hablar sobre los alimentos.
6.-- Utilizar pinzas para manipular alimentos y guantes desechables
7.- No manipular dinero con la misma mano con que se expende el alimento.

Solución para la desinfección con cloro de superficies y pisos (mesas, sillas, escritorios, pisos, baños, teléfonos, picaportes de puertas, etc.) con Hipoclorito de sodio (lejía comercial al 5 %, diluido al 0.1% (100 ppm). Diluir 5 mL de hipoclorito en 1 L de agua.

XVI- Centros turísticos

1.- Realizar vigilancia activa de casos con infecciones respiratorias en trabajadores y turistas, no permitir la entrada al centro de trabajadores con sintomatología respiratoria.
2. Al turista proceder a su aislamiento y realizar el estudio epidemiológico de los casos y del brote.
3. Cumplir con las medidas de higiene personal indicadas:
   - Baño diario

- Lavado frecuente de las manos con jabón (desayuno , almuerzo y comida, cada vez que se utilice el servicio sanitario, coma ,fume, tosa o estornude)
- Higiene de las ropas personales
- Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser

4. Mantener los locales con adecuada ventilación natural, con recambio con el medio exterior en aquellos que tengan climatización.
5. Desinfección química de utensilios de cocina comedor y servicios sanitarios.

XVII- Control ambiental en puntos de entrada

- Cumplir con las medidas higiénicas sanitarias en el manejo de los Desechos sólidos en todas las etapas (segregación, recolección, almacenamiento, transportación, incinerador y soterramiento de las cenizas en vertederos autorizados).
- Cumplir con las medidas higiénicas sanitarias sobre Residuales líquidos (control de las cisternas, carros transportadores, plantas de tratamientos y vertimiento final así como el control del personal de la tripulación mediante la libre plática).
- Exigir la Vigilancia y el Control de insectos y roedores, tanto de las embarcaciones como las aeronaves.(Certificado de desratización)
- Mantener estrecha relación de trabajo con los Laboratorios de los Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología. (estudios de vigilancia de alimentos de importación, conflictos, registro sanitario, investigaciones sobre radioactividad y residuos tóxicos de plaguicidas).
- Realizar las Acciones de la Inspección Sanitaria Estatal (trazabilidad, desde su origen hasta destino final), aplicando las resoluciones conjuntas MINSAP- MINCEX y MINSAP – MINAGRI.
- Cumplir con las Medidas sanitarias y fitosanitarias y obstáculos para el comercio (armonización con las normas internacionales, facilitar el comercio y proteger la salud de los consumidores).

18 de abril 2009
Ano del 50 aniversario de la Revolución

ANEXO 15

USO DE NASOBUCOS REUTILIZABLES ELABORADOS POR EL MINSAP.

1.- Para todo el personal que labora en fronteras (aeropuertos, puertos y marinas), involucrados directamente en el flujo de entrada para la atención de viajeros, aeronaves o casos sospechosos.

2.- Para el personal de salud vinculado a la atención médica de los pacientes sospechosos, en las unidades asistenciales definidas en cada provincia.

3.- Para los pacientes sospechosos diagnosticados en las unidades asistenciales o de fronteras definidas en cada provincia. El paciente usará el nasobuco en todo momento, desde su recepción y durante el transporte, hasta ser ubicado en la habitación para su aislamiento definitivo

4.- Para el personal que labora en la limpieza y desinfección de las áreas vinculadas a la atención de estos pacientes en las unidades asistenciales, así como para el personal técnico que realiza exámenes de laboratorio/RX/ECG/etc., a estos pacientes.

5.- El uso de nasobucos para el personal en las instituciones de salud, se extenderá por periodos de 4 horas y al finalizar se entregaran los utilizados para el lavado, desinfección y esterilización según normas.

6.- El uso de nasobucos para los trabajadores de fronteras será personal durante todo el turno de trabajo. Se orientará su cuidado, siendo responsabilidad individual proceder diariamente al final del trabajo al lavado con agua y jabón, así como hervir por 5 minutos.

7.- Al colocar el nasobuco este deberá cubrir nariz y boca, ajustándolo para minimizar los espacios libres. Durante su uso, debemos evitar tocar el mismo y en caso de que se humedezca deberá cambiarse por uno limpio. Después de retirar el nasobuco es necesario, proceder al lavado de manos con agua y jabón.

8.- Todo aquel que requiera el uso de nasobuco, deberá tener un entrenamiento previo sobre su uso.

9.- El no cumplir con las indicaciones anteriores, hace que un nasobuco esté mal utilizado, lo cual puede incrementar el riesgo de transmisión.

USO DE NASOBUCOS REUTILIZABLES ELABORADOS POR EL MINSAP EN LA POBLACION GENERAL.

1. El uso de nasobucos en la comunidad será personal, en esta etapa solamente se utilizará priorizando a los contactos de los enfermos confirmados, siendo responsabilidad individual, el proceder diariamente al lavado con agua y jabón, así como hervir por 5 minutos.
2. Al colocar el nasobuco este deberá cubrir nariz y boca, ajustándolo para minimizar los espacios libres. Durante su uso, deberá evitar tocar el mismo y en caso de que se humedezca deberá cambiarse por uno limpio. Después de retirar el nasobuco es necesario, proceder al lavado de manos con agua y jabón.
3. Todo aquel que requiera el uso de nasobuco, deberá tener una información previa sobre su uso.
4. El no cumplir con las indicaciones anteriores, hace que un nasobuco esté mal utilizado, lo cual puede incrementar el riesgo de transmisión.
5. Deberá educarse a la comunidad sobre el hábito de cubrir su boca y nariz con el nasobuco de tela, con un pañuelo o pedazo de tela, al hablar, toser o estornudar.

USO DE MÁSCARAS N95 EN LAS UNIDADES DE SALUD.

1. Para el personal de salud vinculado al diagnóstico y a la atención médica de los pacientes sospechosos, en las unidades asistenciales definidas en cada provincia.
2. Para el personal de salud en laboratorios de microbiología (toma de muestras a pacientes sospechosos y procesamiento de las mismas)
3. Los trabajadores de la salud antes mencionados usarán respiradores N95 (respirador con o sin válvula, respirador “pico de pato” u otros modelos).
4. Estos respiradores deben ser usados previo entrenamiento del personal, para lograr el ajuste adecuado del respirador, (la tenencia de barba es una limitante para un buen ajuste).
5. Una vez usado en presencia de un paciente confirmado, el respirador debe considerarse potencialmente contaminado con material infeccioso y debe evitarse tocar la superficie exterior del mismo sin guantes; el respirador debe retirarse y desechar, seguido por una adecuada higiene de las manos, aunque en caso necesario (p.ej. existencia de cantidades limitadas) pudieran re-utilizarse.

Precauciones a tener en cuenta para la re-utilización de respiradores desechables

- En caso de necesidad, los respiradores N95 desechables, pueden re-utilizarse siempre que no estén visiblemente contaminados, cuarteados o rotos e implementando un procedimiento seguro para prevenir la

contaminación mediante el contacto con las microgotas infecciosas en su superficie exterior.

- El respirador es de uso individual (considerar rotular con el nombre del usuario antes de su utilización inicial) para prevenir la re-utilización por otro individuo.
- Luego de quitarse el respirador, colgarlo con la superficie exterior de cara a la pared, en un lugar designado y protegido del tránsito de personal. LAVARSE LAS MANOS.
- Ser cuidadoso al colocarse nuevamente el respirador evitando el contacto de las manos desnudas y cara, con la superficie exterior del mismo. NUNCA MANIPULAR UN RESPIRADOR USADO SIN GUANTES.

Consideraciones especiales:

Los procedimientos generadores de aerosoles, tales como broncoscopía, aerosoles medicamentosos, inducción de esputos, aspiraciones de secreciones en vías respiratorias e intubación endotraqueal, no son recomendados o están limitados en estos pacientes. En caso necesario se requerirá de una protección respiratoria N95 para el personal de salud que realiza estos procederes.

En algunos procedimientos invasivos, puede requerirse usar pantalla facial sobre la mascarilla quirúrgica o respirador. En tal caso, al concluir el procedimiento y abandonar la habitación del paciente, la mascarilla debe ser desechada y la pantalla facial debe ser desinfectada y limpiada.

Los respiradores N95 actúan filtrando aire por mecanismos de presión negativa al inspirar, por lo cual deben ser usados con precaución por trabajadores de la salud que presenten algún grado de insuficiencia respiratoria, asma bronquial, etc. que pueda comprometer una ventilación pulmonar adecuada. La espiración requiere un esfuerzo adicional, por lo que aquellos respiradores que presentan válvula de exhalación son más cómodos y requieren menos esfuerzo.

DNE revisión 12/5/09

ANEXO 16

ASUNTO: INDICACIONES PARA EL USO DE LAS MÁSCARAS N95 EN LAS UNIDADES DE SALUD

1. Para el personal de salud vinculado al diagnóstico y a la atención médica de los pacientes sospechosos, en las unidades asistenciales definidas en cada provincia.
2. Para el personal de salud en laboratorios de microbiología (toma de muestras a pacientes sospechosos y procesamiento de las mismas)
3. Los trabajadores de la salud antes mencionados usarán máscaras N95 (máscara con o sin válvula u otros modelos).
4. Estas máscaras deben ser usadas previo entrenamiento del personal, para lograr el ajuste adecuado de la máscara, (la tenencia de barba es una limitante para un buen ajuste).
5. Una vez usada en presencia de un paciente **confirmado**, la máscara debe considerarse potencialmente contaminado con material infeccioso y debe evitarse tocar la superficie exterior del mismo sin guantes; la máscara debe retirarse y desechar, seguido por una adecuada higiene de las manos, aunque en caso necesario (ej.: existencia de cantidades limitadas) pudieran re-utilizarse.
6. Suministrar a los casos sospechosos mascarilla quirúrgica para su uso mientras permanezcan en el área de diagnóstico y en tránsito por el establecimiento.
7. Cuando sea necesario trasladar al paciente intrainstitucional o fuera de la institución debe usar una máscara N95

Precauciones a tener en cuenta para la re-utilización de máscaras N95 desechables

- En caso de necesidad, las máscaras N95 desechables, pueden re-utilizarse siempre que no estén visiblemente contaminadas, cuarteadas o rotas e implementando un procedimiento seguro para prevenir la contaminación mediante el contacto con las microgotas infecciosas en su superficie exterior.
- Lavarse las manos antes de ponerse la máscara
- La máscara es de uso individual (considerar rotular con el nombre del usuario antes de su utilización inicial) para prevenir la re-utilización por otro individuo.
- Luego de quitarse la máscara, colgarla con la superficie exterior de cara a la pared, en un lugar designado y protegido del tránsito de personal y preservado del polvo y la suciedad ambiental. En estas condiciones puede reutilizarse por 72 horas. lavarse las manos.

- Ser cuidadoso al colocarse nuevamente la máscara evitando el contacto de las manos desnudas y cara, con la superficie exterior de la misma. **NUNCA MANIPULAR UNA MÁSCARA USADA SIN GUANTES.**
- Cuando se deseche la máscara u otro material potencialmente peligroso, el personal de la unidad generadora y el personal encargado de la limpieza y manejo de desechos hospitalarios debe cumplir estrictamente las normas de bioseguridad hospitalaria o conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgo laboral relacionado con la limpieza y manejo de desechos hospitalarios

Consideraciones especiales:

Los procedimientos generadores de aerosoles, tales como broncoscopía, aerosoles medicamentosos, inducción de esputos, aspiraciones de secreciones en vías respiratorias e intubación endotraqueal, no son recomendados o están limitados en estos pacientes. En caso necesario se requerirá de una protección respiratoria con una máscara N95 para el personal de salud que realiza estos procederes.

En algunos procedimientos invasivos, puede requerirse usar pantalla facial sobre la mascarilla quirúrgica o máscara. En tal caso, al concluir el procedimiento y abandonar la habitación del paciente, la mascarilla debe ser desechada y la pantalla facial debe ser desinfectada y limpiada.

Los máscaras N95 actúan filtrando aire por mecanismos de presión negativa al inspirar, por lo cual deben ser usados con precaución por trabajadores de la salud que presenten algún grado de insuficiencia respiratoria, asma bronquial, afección cardiovascular etc. que pueda comprometer una ventilación pulmonar adecuada. La espiración requiere un esfuerzo adicional, por lo que aquellos máscaras que presentan válvula de exhalación son más cómodos y requieren menos esfuerzo

SITUACIONES EN LAS QUE SE DEBEN USAR LAS MÁSCARAS N95

Durante la recolección de una muestra microbiológica:
Procedimientos a realizar durante esta acción
Fisioterapia respiratoria al paciente y posterior recolección de la muestra microbiológica.
Probabilidades de tener contacto con:

- Es posible que el trabajador esté expuesto a secreciones respiratorias del paciente durante la fisioterapia o la recolección de muestras.

- El trabajador también puede estar expuesto a secreciones del paciente sobre superficies contaminadas, equipo usado, pañuelos o ropa blanca.

Las medidas para el trabajador de la salud

- Realice higiene de las manos antes y después del contacto con el paciente.
- Use guantes protectores, bata, protección ocular y **máscaras N95.**

DURANTE EL PROCESAMIENTO DE UNA MUESTRA DE ESPUTO O GARGARISMO O HISOPADO EN EL LABORATORIO:

Procedimientos a realizar durante esta acción

Recolección y manipulación posterior de muestras de esputos, gargarismos o hisopado.

Probabilidades de tener contacto con:

Es posible que el trabajador esté expuesto a secreciones respiratorias del paciente durante la recolección de muestras.

El trabajador también puede estar expuesto a secreciones del paciente en el manejo de las muestras, ya sea para su procesamiento como para su conservación y envío al centro de referencia.

Las medidas para el trabajador de la salud

- Realice higiene de las manos antes y después del contacto con el paciente.
- Use guantes protectores, bata, protección ocular y **máscaras N95**.

CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA:

Procedimientos a realizar durante esta acción

Atención general de enfermería. Excluir procedimientos que generan aerosoles

Probabilidades de tener contacto con:

Contacto reiterado con el paciente, su entorno inmediato de atención y el equipo utilizado para brindarle atención.

El contacto incluye estar dentro de un radio de 1 metro del paciente

Las medidas para el trabajador de la salud

- Use una mascarilla médica y realice higiene de las manos antes y después del contacto con el paciente.
- Use guantes protectores, bata, protección ocular y **máscaras N95** si se realiza reanimación, intubación o succión.

ATENCIÓN MÉDICA:
Procedimientos a realizar durante esta acción
Examen físico, interrogatorio

Probabilidades de tener contacto con:
Contacto reiterado con el paciente, su entorno inmediato de atención y el equipo utilizado para brindarle atención.
El contacto incluye estar dentro de un radio de 1 metro del paciente

Las medidas para el trabajador de la salud
- Use una mascarilla médica y realice higiene de las manos antes y después del contacto con el paciente.
- Use guantes protectores, bata, protección ocular y **máscaras N95** si se realiza reanimación, intubación o succión.

En los cuidados del paciente intubado en el servicio de urgencias, unidad de terapia intensiva, quirófano o entorno equivalente. REANIMACIÓN, INTUBACIÓN, SUCCIÓN Y/O EXTUBACIÓN

Procedimientos a realizar durante esta acción
Inserción de un laringoscopio, tubo endotraqueal y/o catéter de succión.
Conexión de una bolsa Ambu.
Lavado con solución salina normal si se presentan secreciones espesas y/o sangrientas.
Desconexión del tubo endotraqueal del ventilador.
Remoción del tubo endotraqueal.

Probabilidades de tener contacto con:
Es probable que el paciente expulse secreciones respiratorias y aerosoles diminutos durante la succión, reanimación, intubación o extubación.
El trabajador también puede estar expuesto a secreciones del paciente sobre superficies contaminadas, equipo usado, pañuelos o ropa blanca.

Las medidas para el trabajador de la salud
- Realice higiene de las manos antes y después del contacto con el paciente.
- Use guantes protectores, bata, protección ocular y **máscaras N95**.

Paciente sedado en servicio de urgencias, unidad de terapia intensiva, sala de procedimientos o entorno equivalente. BRONCOSCOPÍA

Procedimientos a realizar durante esta acción
Inserción y remoción del broncoscopio.

Lavado con solución salina normal si se presentan secreciones espesas y/o sangrientas.
Posiblemente biopsia o recolección de muestras.

Probabilidades de tener contacto con:
Es probable que el paciente expulse secreciones respiratorias y aerosoles diminutos durante la succión, reanimación, intubación o extubación.
El trabajador también puede estar expuesto a secreciones del paciente sobre superficies contaminadas, equipo usado, pañuelos o ropa blanca.

Las medidas para el trabajador de la salud
- Realice higiene de las manos antes y después del contacto con el paciente.
- Use guantes protectores, bata, protección ocular **y máscaras N95**.

MANIPULACIÓN DE CADÁVERES

Procedimientos a realizar durante esta acción
Remoción del cuerpo de la sala / área de aislamiento

Probabilidades de tener contacto con:
Contacto directo con fluidos corporales durante la manipulación del cadáver.

Las medidas para el trabajador de la salud
- Realice higiene de las manos antes y después del contacto con el paciente.
- Use guantes protectores, bata **y máscaras N95**.

EXAMEN POSTMÓRTEM

Procedimientos a realizar durante esta acción
Exámenes postmórtem y la recolección de muestras para análisis microbiológicos
Uso de sierra y otros instrumentos cortantes durante la autopsia
Uso de agua a presión para lavar las piezas anatómicas

Probabilidades de tener contacto con:
Pueden generarse aerosoles de partículas pequeñas durante los procedimientos de autopsia

Las medidas para el trabajador de la salud
Pijama quirúrgico, o indumentaria equivalente
Batas desechables, resistente a líquidos, de mangas largas
Delantal impermeable en caso de que las batas no sean impermeables
Máscaras N95
Protectores faciales (preferentemente) o gafas de seguridad
Guantes para autopsia (guantes de malla sintética a prueba de cortes) o dos pares de guantes no estériles
Botas altas hasta la rodilla.

Dr. Manuel Santin Peña
Director Nacional de Epidemiología

ANEXO 17
PLAN DE ACCIÓN INFORMATIVO. VIRUS INFLUENZA AH1N1.

1- MANTENER VISIBLE Y ACTUALIZADA INFORMACIÓN EN LOS CUERPOS DE GUARDIA DE HOSPITALES Y POLICLÍNICOS

- Definición de casos (anexo 2 indicación No 6/09).
- Conducta a seguir con el paciente sospechoso de infección (anexo 3 de la indicación No 6/09).
- Indicaciones generales para el Médico de Familia (anexo 5 de la indicación No 6/09).
- Aspectos a tener en cuenta en la organización de los servicios (anexo 6 de la misma indicación).
- Reforzamiento del cumplimiento de las medidas de higiene personal en el personal de salud.
- Indicaciones para el uso del nasobuco.
- Desinfección concurrente de superficies, instrumentos, locales (soluciones de hipoclorito y alcohol).

Responsable: Asistencia Médica, Higiene y Epidemiología.

2- REALIZAR CAPACITACIÓN PERMANENTE

- A todo el personal del Sistema Nacional de Salud de forma diferenciada en Vigilancia, Prevención, Promoción y Educación para la Salud:

  Médicos.
  Personal de enfermería y asistentes de enfermería.
  Tecnólogos de la salud.
  Personal administrativo y de servicio.
  A todo el personal de la salud que labora en otras instituciones de los diferentes organismos de la administración central del estado.
  A todos los directivos de los Organismos de la Administración Central del Estado que aún no la han recibido.

Responsable: Direcciones del VM Atención Asistencia Médica e Higiene Epidemiología y Microbiología.

3- BRINDAR INFORMACIÓN ACTUALIZADA A TODOS LOS DIRECTIVOS DEL SNS

- En todos los espacios posibles (como en la actualización científica de la Reunión del Grupo Básico de Trabajo, en las entregas de guardia de nuestras instituciones, en las reuniones departamentales de los servicios, en las clases a los estudiantes), mantener un punto sobre la influencia A H1N1, su actualización y evolución.

  Responsable: Asistencia Médica, Docencia e Higiene y Epidemiología
- Reforzar con el MINED la conducta a seguir ante esta eventualidad, en los puntos de embarques de becados, centros estudiantiles, internos y externos, albergues de Escuelas al Campo, incluyendo los Círculos Infantiles.

  Responsable: Dirección de Salud Ambiental y MINED
- Coordinar con MINED conducta a seguir en los centros estudiantiles, internos y externos incluyendo a Círculos Infantiles.

  Responsable: Salud Escolar y MINED.

4- EVALUACIÓN

- Realizar Control y monitoreo de las acciones indicadas semanalmente por todos los niveles de atención del sistema

  Responsable: VM Asistencia Médica e Higiene y Epidemiología, Direcciones provinciales, municipales y de las instituciones.
- Diseñar y aplicar instrumento de evaluación rápida de comprobación de conocimientos y conductas, para directivos y para el personal de salud.

  Responsable: VM Docencia e Investigaciones

5- PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCION DE MATERIALES

- Distribuir de forma rápida los materiales ya confeccionados:

Advertencias sanitarias.
Sueltos y plegables.
Spot televisivos.
Audiencia sanitaria a nivel de CDR, FMC, Escuelas, centros de Trabajo, entre otros.

- Diseñar multimedia con información técnica para los profesionales y técnicos de la salud.

- Diseñar plegables para el personal de la salud.Actualizar en este tema la página Web de Infomed.

- Realizar diseño e impresión de cartel con información relacionada con la Indicación No.6, sobre definición de casos, algoritmo para el manejo de casos, medidas de protección e higiene. Responsable: CNPES, CEDISAP, INFOMED, Asistencia Médica

- Informar y educar permanentemente a la población sobre este tema.

- Utilizar por el personal de salud cualquier momento y espacio para trabajar el componente educativo de esta contingencia.

- Utilizar adecuadamente los medios de comunicación masiva.

- Incrementar las acciones educativas dirigidas a la población en salas de espera, de hospitalización, en visitas de terreno.

- Fortalecer los planes de trabajo conjunto con las organizaciones de masas.

Responsable. APS, Higiene y Epidemiología

6- COMPONENTE INFORMATIVO, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PERMANENTE DIRIGIDO A LA POBLACIÓN.

- Que el personal de salud utilice cualquier momento para trabajar el componente educativo de esta contingencia.

- Utilizar adecuadamente los medios de comunicación masiva.

- Incrementar las acciones educativas dirigidas a la población en salas de espera de policlínicos, consultorios, de hospitales, en visitas de terreno.

- Fortalecer y revitalizar los planes de trabajo conjunto con las organizaciones de masas y OACE para instrumentar, la estrategia de Información, educación y comunicación.

  Responsable: APS, Higiene y Epidemiología

MENSAJES QUE SE PUEDEN UTILIZAR

Qué hacer cuando tiene un cuadro respiratorio agudo?
Taparse la boca y nariz al toser o estornudar con el ángulo del codo.
Lavarse las manos con agua y jabón, después de taparse la nariz y la boca la toser o estornudar.
No frecuentar lugares públicos cuando tiene síntomas catarrales.
Educar a los pequeños de la casa sobre estas medidas higiénicas.

Para la población en general
Evitar el contacto con las personas que padezcan infección respiratoria, excepto si es estrictamente necesario
No besarse ni dar la mano al saludar si tienen una infección respiratoria.
Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón.
No compartir alimentos, vasos o cubiertos.
Ventilar y dejar que entre la luz natural en casa, oficinas y en todos los lugares cerrados.
Mantener limpias las cortinas de la cocina y el baño, los picaportes y las barandillas, los juguetes, los teléfonos y los objetos de uso común.

Para las personas que tengan síntomas gripales
Las personas que padezcan fiebre, tos, dolor de cabeza, muscular y de articulaciones, tienen que acudir al consultorio médico o al centro de salud más cercano, inmediatamente ante cualquier síntoma.
Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón.
No fumar en sitios cerrados ni cerca de otras personas, en especial: niños, ancianos o enfermos.

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ANEXO 18

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN EN SALUD INFLUENZA A (H1N1).

Introducción

Las estrategias de comunicación sirven de componente integral de los planes nacionales, contra la Influenza, permitiendo que las ideas se conviertan en acciones.

Dada la posible repercusión de la Influenza A (H1N1) debemos detallar que acciones desarrollar utilizando todos los canales de la comunicación, haciendo énfasis en los medios de difusión masiva del país, especificando ¿qué se debe comunicar?, ¿cómo hacerlo?, ¿quién debe hacerlo? y a ¿quién se debe informar?, utilizando todas las estructuras del Sistema.

La comunicación con nuestro pueblo debe ser permanente, lidereando el proceso nuestro Ministerio, para informar, asesorar, recomendar y preparar a nuestra población en el enfrentamiento a una posible introducción de la Influenza, garantizando mensajes relacionados con el cuidado de la salud, que apoyen las recomendaciones sanitarias. El fomento de la confianza establecerá los cimientos de la comunicación.

Objetivo General.

Llevar a cabo una estrategia de comunicación en salud, reforzando la participación de los medios de difusión masiva, que contribuya a la prevención de la Influenza A (H1N1) en la población cubana.

Objetivos Específicos.

- Proporcionar a los medios de difusión masiva los aspectos básicos de la comunicación de crisis en salud (confianza, anuncio temprano, y planificación) para lograr el abordaje e información con eficiencia y eficacia para enfrentar la posible pandemia por Influenza A (H1N1).
- Proporcionar a los diferentes Organismos de la Administración Central del Estado (OACE), Organizaciones de Masa y población en general, información actualizada sistemática sobre la situación

que presenta la enfermedad en Cuba, así como las medidas de prevención y promoción de salud, que los individuos, las familias y la comunidad deben adoptar.

- Resaltar la decisiva participación del pueblo organizado, en la prevención y control de la Influenza A (H1N1).
- Lograr una comunicación rápida, desde todos los niveles del Sistema de Salud, con el objetivo de responder a los rumores y lograr reducir al mínimo las inquietudes de la población cubana.
- Proporcionar a los equipos de Salud de los tres niveles de atención y trabajadores en general, los conocimientos y habilidades necesarios para el enfrentamiento con eficiencia y eficacia la influenza A (H1N1).

Públicos

Personal de Salud y Población en general.

Propuesta de Salud

Evitar la propagación del virus de la Influenza A (H1N1) en el territorio y minimizar los efectos de la pandemia y sus consecuencias socio-económicas.

Meta General

Elaborar una estrategia de comunicación en salud y un plan de acción para enfrentar y contrarrestar la pandemia por Influenza A (H1N1)

Principales actividades a desarrollar:

- Carta a los Directores de los Órganos de Prensa a la firma del Ministro con las indicaciones pertinentes para publicar en sus medios. (Anexo)
- Carta a los Directores Provinciales de Salud con las indicaciones del Ministro y la Defensa Civil respecto al tratamiento que se debe ofrecer en los medios a la Influenza A (H1N1) en los territorios. (Anexo).
- Enviar mensaje con la aprobación del Comité Central a las Oficinas de Comunicación del resto de las OACE sobre la situación y las medidas que indica el organismo.
- Actualizar el listado de los periodistas designados por los diferentes órganos de prensa para la información a la población. (Anexo).
- Coordinar una reunión con las Direcciones de los diferentes medios de comunicación masiva para la implementación del Plan de Comunicación del MINSAP.

- Reforzar el grupo de comunicación del Puesto de Dirección del MINSAP así como si es necesario a todos los niveles del Sistema, como parte del Grupo Central contra la Influenza A H1N1. (Anexo).
- Conferencia de prensa con especialistas del Ministerio de Salud Pública.
- Seminarios y talleres con los representantes de los diferentes medios de comunicación.
- Notas oficiales de prensa de la dirección del país.
- Reproducir de conjunto con el ICRT, Departamento Ideológico del Comité Central y otras instituciones que se designen, los materiales educativos e instructivos, con orientaciones para la población y los trabajadores de la salud, diseñados y validados por el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CNPES).
- Organizado un espacio permanente de intercambio con los periodistas para ofrecer información actualizada.
- Creación de un sitio en el portal de Infomed dedicado a la actualización del tema, que contribuya a la información científica técnica de personal de salud, periodistas y población en general.
- Selección y aprobación de los especialistas capacitados para ofrecer entrevistas a los medios de difusión masiva. (Anexo)
- Mantener actualizado el espacio de "Consulta Médica" del periódico Granma de forma sistemática en correspondencia con la evolución de la entidad.
- Diseño y producción de spots televisivos y cuñas radiales por el CNPES, para ser difundidos por los medios de difusión masiva.
- Mantener el espacio de la Mesa Redonda como vía de información actualizada y directa a la población cubana.
- Lograr sistematizar en los espacios fijos de salud de la televisión y la radio el tratamiento del tema de manera permanente.
- Trabajar de conjunto MINSAP e ICRT los guiones que aborden el tema en todos los espacios que ofrecen la radio , la televisión y la prensa plana, ejemplos:
    - ✓ Vías de transmisión de la enfermedad.
    - ✓ Período de transmisibilidad del virus.
    - ✓ Situación Internacional.
    - ✓ Las condiciones creadas para el enfrentamiento.
    - ✓ Las medidas que debe adoptar la población para contribuir a evitar la propagación de la enfermedad en el caso de su introducción.
    - ✓ Búsqueda de ayuda médica ante la sospecha de la enfermedad
    - ✓ Evitar la automedicación

- Evaluar de conjunto con la Dirección de Monitoreo y Análisis de la Información del ICRT y el MINSAP, la puesta de los mensajes, programas, spots, cuñas radiales, notas informativas, el impacto de estos en la población.

Propuesta Comunicacional

Se emplearán los diferentes tipos de comunicación: interpersonal, grupal, masiva. Se trabajará en la educación de pares y formación de promotores de salud.

Principales aspectos a tener en cuenta:

- ✓ Reforzamiento de las medidas de higiene:
  - ❖ Lavado de las manos frecuentemente.
  - ❖ Ingestión de abundantes líquidos.
  - ❖ Taparse la Boca y Nariz al toser y estornudar.
  - ❖ Uso de pañuelos, servilletas y del ángulo interno del codo.
  - ❖ No escupir en el suelo.
  - ❖ Mantener los locales ventilados y limpios.
  - ❖ Cumplimiento de la resolución que prohíbe fumar en lugares públicos cerrados.

- ✓ Estar alertas ante cualquier síntoma o malestar respiratorio. Acudir a la unidad de salud más cercana inmediatamente.
- ✓ Cumplir con las medidas de protección orientadas por el médico en caso de ser contacto de un enfermo.
- ✓ Incrementar la percepción de riesgo de las personas, informándoles la transmisión de la enfermedad por vía aérea, a través de la saliva, por contacto con secreciones y la rápida propagación de la misma de una persona enferma a otra sana.
- ✓ Evitar concurrir a zonas de aglomeraciones públicas innecesariamente

Comportamientos a seguir:

- ✓ Mantener estricta vigilancia ante cualquier síntoma.
- ✓ Notificar los casos sospechosos a las autoridades sanitarias
- ✓ Acudir al médico en caso de fiebre, síntomas respiratorios u otros síntomas en que se sospeche la enfermedad.
- ✓ Evitar el contacto con personas sospechosas o enfermas de gripe o enfermedad catarral.
- ✓ Extremar las medidas de higiene personal y del hogar.
- ✓ Actualización permanente sobre el tema por el personal de salud.

- ✓ Reforzamiento de las acciones educativas por parte del personal de salud, medios de comunicación masiva y educadores y promotores de salud de la comunidad.
- ✓ Mantenimiento de los programas, spots, cuñas radiales, artículos periodísticos, entre otros por los medios de comunicación según la pauta establecida.

Creencias de salud

- Es un catarro común.
- Es un resfriado.
- Se cura con medicina natural y tradicional: orégano, salvia o aloe,
- No hace falta ir al médico.
- Está relacionada con la ingesta de carne de cerdo.

Objetivos de Conocimientos

La población debe conocer:

- ✓ En qué consiste la enfermedad de la Influenza A (H1N1) y su vía de transmisión.
- ✓ Los síntomas fundamentales que caracterizan la enfermedad.
- ✓ Los grupos vulnerables en riesgo (niñ@s y adult@s) mayores.
- ✓ Las acciones personales para el control de la Influenza.

Conceptualización de la Estrategia

Está sustentada en la situación epidemiológica mundial y la probabilidad real de extensión de la misma, la que a pesar de la fortaleza del sistema de salud cubano y el subsistema de vigilancia epidemiológica, existe el riesgo real de penetración del virus, exacerbado por el intercambio constante de personas de otros países con Cuba. Haciéndose necesario extremar las medidas de Prevención, Promoción y vigilancia con participación de toda la sociedad cubana.

Se tendrán en cuenta las conductas, actitudes y la norma subjetiva (percepción de riesgo)

Se aplicarán los conceptos de susceptibilidad y gravedad percibida.

Se enfatizarán los beneficios sociales de la Estrategia.

Resultados esperados

- La Estrategia de Comunicación escrita y aprobada, alineada al plan nacional de preparación para epidemias o situación de desastres por problemas de salud.
- Población educada y participando activamente en la propagación de la Epidemia.
- Personal de salud enfatizando el consultorio tipo II educando cara a cara a la población.

- Realizadas expresiones de trabajo comunitario con los CDR, FMC, Asociación de Combatientes, entre otros como: Audiencias sanitarias, Charlas educativas, videosdebates, entre otros.
- Producido y entregado materiales educativos dirigido a los diferentes públicos (población y personal de salud)
- Producido y entregado al personal de salud materiales instructivos como: algoritmos, flujogramas e información científico-técnica actualizada.
- Educadores pares y promotores de salud formados en barrios, escuelas, centros de trabajo y cualquier escenario, incluyendo los establecimientos penitenciarios.
- Periodistas especializados en salud, directores de programas, guionistas, de los medios de comunicación masiva informados y capacitados, en relación al tema.
- Se creará un sistema de información y retroalimentación oportuna a los decisores de salud.
- Establecido el sistema de monitoreo y evaluación de las acciones.
- Reducir al mínimo el daño que puede acarrear esta epidemia.

Combinación de los tipos y canales de la comunicación.

La comunicación interpersonal: se realizará por personal de salud de todos los niveles del sistema, enfatizando la APS, educadores pares y promotores de salud de las comunidades y centros educacionales, laborales , entre otros, capacitados mediante talleres, conferencias, seminarios así como otra metodología que se entienda. Para el cumplimiento de esta actividad se encargarán las áreas de Higiene y Epidemiología, Asistencia Médica y Docencia.

La comunicación grupal se trabajará utilizando las diferentes expresiones de trabajo comunitario: Audiencias Sanitarias, Cara a Cara con las Organizaciones de masa, Barrios debates, Videosdebates, charlas educativas, entre otras.

La comunicación por los medios masivos de difusión se realizará de acuerdo a la pauta establecida:

Combinación de medios de comunicación.

FORMATO DE TELEVISIÓN	SISTEMA VERIFICACIÓN	FRECUENCIA DE TRANSMISIÓN
Spots	Visualización de la salida al aire de acuerdo a la pauta establecida.	2 veces al día, precediendo su transmisión a programas de alta teleaudiencia, como novelas, humorísticos, películas, musicales, etc
Programas de información a la población (Mesa Redonda, Noticiero del Mediodía, Estelar y otros espacios informativos)	Visualización de acuerdo a la pauta.	Según se aprueben por el Estado Mayor de la Defensa Civil e ICRT.
Utilización de los Telecentros para replicar las acciones nacionales en el contexto de la localidad	Visualización de acuerdo a la pauta.	Según se aprueben por el Estado Mayor de la Defensa Civil y en coordinación con el Departamento Político Ideológico de los Comités Provinciales del PCC
Informativos	Visualización de acuerdo a la pauta.	Actualización según información de la situación internacional.
FORMATO DE RADIO	**SISTEMA VERIFICACIÓN**	**FRECUENCIA DE TRANSMISIÓN**
Cuñas radiales	Audición según pauta	Según se apruebe por el Estado Mayor de la Defensa Civil
Programas fijos	Audición según pauta	Según se apruebe por el Estado Mayor de la Defensa Civil
Informativos	Audición según pauta	Actualización según información de la situación internacional.
FORMATO DE GRÁFICO	**FRECUENCIA**	**DISTRIBUCIÓN**
Prensa Plana Trabajos periodísticos en la página “Salud” del diario Trabajadores, Juventud Rebelde y órganos provinciales.	1 semanal	Población en general estableciendo las prioridades que indique el Estado Mayor de la Defensa Civil
Carteles, afiches, plegables, sueltos y otros	-	En los consultorios del médico de la familia, en otras instituciones de salud, en los lugares de mayor concurrencia de la comunidad como: comercios, escuelas, centros de trabajo y otros.

ANEXOS

1. Enviar carta a los Directores de los Órganos de Prensa a la firma del Ministro con las indicaciones pertinentes para publicar en sus medios. (Anexo)
2. Enviar carta a los Directores Provinciales de Salud con las indicaciones del Ministro y la Defensa Civil respecto al tratamiento que se debe ofrecer en los medios a la Influenza A (H1N1) en los territorios. (Anexo).

3. Actualizar el listado de los periodistas designados por los diferentes órganos de prensa para la información a la población. (Anexo).
4. Designar el grupo de comunicación o equipo, a todos los niveles, que forme parte del Grupo Central. (Anexo).
5. Plan de acción de información a los trabajadores de la salud (Anexo).
6. Información a la población. (Anexo).

¿Qué es la influenza A (H1N1)?
¿Cómo se transmite?
¿Hay Influenza A (H1N1) en Cuba?
¿Qué se hace en nuestro país?
¿Cuando podemos sospechar tenemos la enfermedad?
¿Qué hacer cuando se tiene un cuadro respiratorio agudo?
¿Puede consumirse la carne de cerdo?
¿Existe una vacuna para esta enfermedad?

Según las etapas debemos de tener en cuenta algunos aspectos tales como:

1. Contenidos de la información.
2. A qué público deseamos llegar.
3. No tranquilizar en demasía.
4. Pecar de alarmista ajustado a la realidad cubana.
5. Admitir opiniones de la población.
6. Atender los temores de la gente.
7. Decir a las personas que pueden esperar de la Influenza.
8. Ofrecer a la población cosas que hacer.
9. Dejar a la población que elijan sus propias acciones.
10. Pedir a la población propuesta.
11. Ser claros, precisos y honestos en la información a brindar.
12. No mentir y no decir verdades a medias.
13. Tener cuidado con las comparaciones de riesgo.

ANEXO 19

INDICACIONES DEL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS DEL IPK PARA EL DIAGNÓSTICO Y VIGILANCIA DE INFLUENZA H1N1

Introducción:

Teniendo en consideración el fenómeno epidemiológico a que se enfrenta el mundo en estos momentos y considerando las medidas establecidas por nuestro Ministerio de Salud para la prevención y control de esta entidad, se establecen las siguientes medidas con el objetivo de garantizar la vigilancia microbiológica que permita el diagnóstico oportuno del caso.

Con tal sentido se incluyen las guías para la colecta de muestras clínicas para el diagnóstico virológico de influenza A H1N1 y el algoritmo de trabajo para el diagnóstico de la misma.

Guía para la Colecta de muestras clínicas para diagnóstico virológico de Influenza A (H1N1)

Se colectara muestra clínica respiratoria para los casos que cumplan el criterio de casos sospechoso establecida por nuestro Ministerio de Salud:

Caso sospechoso: de infección por virus de influenza A (H1N1)
Individuo que reúne al menos dos de los siguientes síntomas:

- Aparición de fiebre súbita superior a 38C
- Tos
- Dolor de garganta
- Rinorrea o congestión nasal
- Disnea o dificultad respiratorio grave con necesidad de hospitalización
- Fallecido por una IRA grave sin causa aparente

Y que cumpla además al menos una de las siguientes condiciones:

- Contacto con persona que haya padecido la enfermedad
- Antecedente de haber viajado en los últimos 15 días a alguno de los países que han reportado casos confirmados

Las muestras se acompañaran del documento de envío de muestra establecido en el sistema de envío de muestras que tienen todos los directores de los CPHEM.

Las muestras deberán acompañarse del Visto Bueno del Grupo Técnico Provincial para lo que el documento deberá estar firmado por la persona autorizada en cada provincia.

La colecta de muestra deberá realizarse por personal capacitado en toma, colecta y transporte de muestra y siguiendo las medidas de bioseguridad requeridas.

- **Exudado nasofaríngeo (tomado entre el 1 y 7 días de inicio de los síntomas).**

Los medios para la toma y colecta de esta muestra serán suministrados a todas las provincias por el Laboratorio Nacional de Referencia de influenza del IPK para lo cuál deberá comunicársele al laboratorio la vía que se utilizará para su recepción y distribución. Estos medios deberán conservarse congelados hasta su utilización en congelador de refrigerador doméstico.

Para su uso se procederá a la descongelación del medio virológico para la toma de muestra y una vez colectada deberá conservarse a 4°C hasta su envío al Laboratorio de Referencia.

Para la toma de la muestra se tomara por la parte superior (ROJA) un hisopo para **ambas fosas nasales** que serán previamente humedecido en el medio virológico y se raspará durante aproximadamente 1 minuto en la pared del tabique en su extremo superior y la mucosa del cornete superior. Al terminar se introduce en el medio de transporte virológico. El otro hisopo se empleará para el exudado faríngeo raspando fuertemente en la pared posterior de la faringe durante aproximadamente 30 segundo y se introduce en el medio de transporte donde ya está previamente introducido el hisopo que se empleó para el exudado nasal del mismo paciente.

Deberá notificarse al Laboratorio de Referencia IPK al teléfono 2020651 (Odalys, Carlos, Anisleidy) el envío de las muestras hacia el Laboratorio Nacional una vez que han sido debidamente colectadas. El envío debe realizarse en las primeras 24 horas de colecta de la muestra.

- Sueros pareados: tomados en la fase aguda (primer suero coincidiendo con la toma del exudado nasofaríngeo y segundo suero 14 días después de la toma del primer suero). Los sueros deberán ser enviados cuando estén disponibles ambas muestras.
- Muestras de necropsia (**pulmón)** serán colectadas en solución salina estéril y conservada a 4 ° C hasta su envío al Laboratorio de Referencia.

Las muestras para diagnóstico deberán estar debidamente identificadas y acompañadas de la indicación para diagnóstico con los datos clínicos-epidemiológicos correspondientes para cada caso.

Transporte de las muestras clínicas para diagnóstico virológico:
El transporte de las muestras para diagnóstico deberá realizarse teniendo en cuenta el sistema triple empaque en termos seguros y en condiciones de conservación 4°C.

Definiciones de casos para infección por el virus influenza A (H1N1)
Caso probable **(para uso de laboratorio):** de infección por virus de influenza A (H1N1)
Individuo que cumpla los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio de caso sospechoso de infección por virus influenza A (H1N1) y cuyas muestras resulten positivas a virus de influenza A y negativas a virus de influenza A H1N1 y A H3N2 (virus estacionales**)** así como las muestras que resulten positivas de influenza A H1N1 en el laboratorio de referencia de Influenza del instituto Pedro Kourí .

Caso confirmado: de infección por virus de influenza A (H1N1)
Individuo que cumpla los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio de caso probable por el laboratorio y cuyas muestras resulten positivas a virus de influenza A H1N1 por secuenciación nucleotidica en el laboratorio de referencia de Influenza del instituto Pedro Kourí
Período infeccioso para los casos confirmados de 1 día antes del inicio de los síntomas y hasta 7 días después del comienzo de los síntomas.

Reporte:
El laboratorio de referencia incluirá diariamente su reporte en los reportes de IPK a las autoridades nacionales designadas por el Ministro de salud.

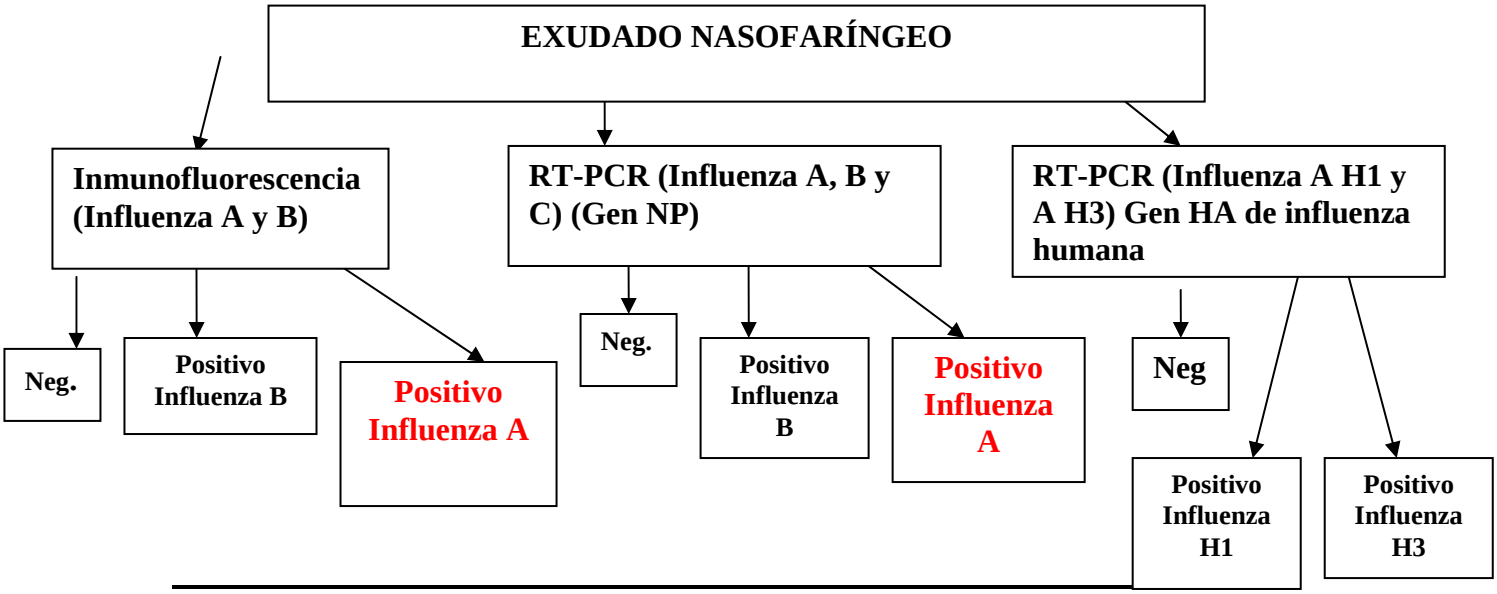
NOTA: Ante cualquier duda comunicarse con el Laboratorio de Referencia en los teléfonos: 2020450 y 2020651

Todo el personal de laboratorio deberá ser monitoreado. Ante sintomatología de enfermedad deberá reportarse al departamento de seguridad ocupacional de manera inmediata.

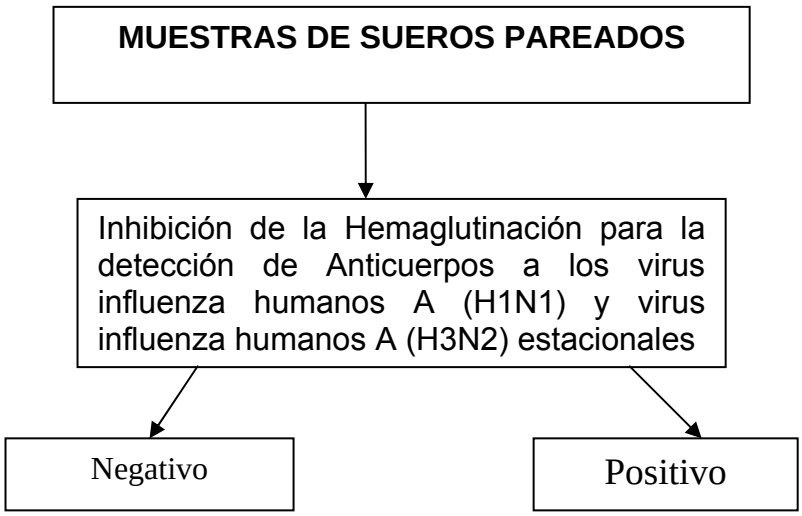
1ro de Mayo, de 2009.

Algoritmo de diagnóstico de laboratorio para casos sospechosos de Influenza A H1N1 Laboratorio Nacional de Referencia de virus Influenza. Departamento de Virología. Instituto Pedro Kourí.

Procesamiento de las muestras en el Laboratorio Nacional de Referencia.



Los casos sospechosos cuyas muestras resulten positivas a virus influenza A y negativas a virus influenza A H1 y A H3 (virus estacionales) así como las muestras positivas de Influenza A H1N1 serán consideradas como casos probables de laboratorio. Las mismas se estudiaran mediante secuenciación nucleotídica para la confirmación final del diagnóstico.



NOTA: Los resultados de Laboratorio serán informados diariamente a través de la vía establecida por nuestro Ministerio de Salud.

ANEXO 20 FORMULARIO PARA LA INVESTIGACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE INFLUENZA A (H1N1)

DATOS PERSONALES	
Nombres:_____	Apellidos: _____
Edad**:**_____ CI ó Pasaporte:_____	Sexo: Masculino ____ Femenino ____
Dirección: Calle: _____ No: _____Entre: _____ Municipio: _____ Provincia (Departamento o distrito): _____	Área de salud: _____ CMF: _____ Centro que remite el caso: Policlínico _____ CM _____ Hospital_____ Otro _____
Nacionalidad:_____	
Ocupación**:** _____ Centro de trabajo o estudios:_____ _____	**Fecha de ingreso**:_____ **Fecha de alta:**_____
DATOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	**Hospital:**_____
Fecha de los 1ros síntomas: **Día** ___ **Mes** ___ **Año** ___	**Resultados de laboratorio clínico:** ***Hemograma c/ diferencial*** _____
Síntomas y signos: Fiebre ≥ 38 °C ___ Rinorrea:__ Congestión nasal_____ Tos ____ Expectoración___ Dolor de garganta___ Cefalea ___ Dificultad respiratoria ___ Otros_____ Hallazgos Radiológicos: _____ _____ _____ _____ _____ Evolución _____ _____ _____	**Gasometría:**_____ Ionograma:_____ Otros:_____ _____ _____ **Resultados de estudios virus respiratorios:** Fecha**:** _____ Tipo muestra_____ Inmunofluorescencia: _____ PCR_____ Aislamiento_____ **Serología:** **1ra muestra: Día** __ **Mes** __ **Año** __ 2da muestra: Día __ Mes __ Año __ Resultado: _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	
¿Ha arribado al país procedente del extranjero en los 15 días anteriores a la aparición de la enfermedad? No __ Si __ Fecha de arribo_____ País de procedencia: _____ Especifique lugar de estancia:_____ _____	¿Ha estado en contacto con alguna persona a la que se le haya diagnosticado Influenza H1N1? No ___ Si ___ si afirmativo Especifique lugar y tipo de contacto_____ _____ Fecha del contacto:_____

Relación de los contactos desde el inicio de los síntomas			
Nombre y apellidos	**Edad**	**Centro de trabajo o estudios**	**Dirección del domicilio**
Observaciones:			

Resumen del estudio de contactos		
	≤ de 15 años	> de 15 años
Reportados		
Estudiados		
Sospechosos		
En quimioprofilaxis		

Confeccionado por: _____ Fecha:_____

ANEXO 21

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

Transmisibilidad de la Influenza A H1N1.

La principal vía de transmisión de la influenza es el contacto directo con las gotas de saliva que se expelen al hablar, toser o estornudar, o también mediante los aerosoles formados por microgotas conteniendo partículas virales (diámetro promedio de la masa < 10 µm). Otra forma de contagio es a través de las secreciones conjuntivales.

La transmisión por microgotas requiere contacto cercano entre la fuente y la persona receptora, pues estas microgotas, no quedan suspendidas en el aire y viajan solo distancias cortas (hasta un 1 metro), esta vía de las microgotas es la más importante en la transmisión humana.

La descarga viral puede ser más intensa en los infantes, y prolongada en los adultos jóvenes y pacientes inmunodeficientes.

El virus llega al organismo a través de la nariz y se adhiere a las células del tracto respiratorio superior. Otra posibilidad más es por el contacto de una superficie contaminada con las secreciones de un individuo enfermo.

La máxima contagiosidad ocurre en el primer o segundo día antes de comenzar los síntomas y puede durar hasta siete días después de comenzados estos.

El virus de la Influenza A H1N1 ha demostrado sobrevivir durante 24-48 horas en superficies duras, no porosas; hasta 8 a 12 horas sobre ropa, papel y tejidos, y en las manos de 5 a 15 minutos.

El virus de la Influenza A H1N1 se vuelve inactivo rápidamente por los bactericidas del hospital, productos de limpieza del hogar, jabón lavado de las manos o productos de higiene, por lo que esta constituye una barrera fundamental en la prevención.

Período de Incubación

El período de incubación de los virus de la Influenza A H1N1 es corto, de 2 a 3 días (intervalo de 1 a 7 días). Sin embargo, el tiempo medio entre la exposición y la aparición de la enfermedad es de 3 días (intervalo de 2 a 5 días). En el actual brote se ha demostrado que entre los primeros 7 días aparece la enfermedad.

Clínica de la Influenza

Cuadro Clínico

En los casos presentados hasta el momento, los pacientes desarrollaron fiebre alta como síntoma predominante, síntomas respiratorios bajos, y

en varios de los pocos casos fatales, una dificultad respiratoria grave que evolucionó hacia una neumonía viral. Sólo algunas veces se han presentado síntomas del tracto respiratorio superior.
Se ha descrito la presentación atípica de la Influenza en humanos, caracterizada por presentarse con un cuadro de Gastroenteritis y encefalitis, sin síntomas respiratorios iniciales. Algunos pacientes han tenido desde el inicio de la enfermedad diarreas y vómitos. Aunque se afectaron adultos y niños sanos, algunos con afecciones crónicas, la mayoría fueron casos leves.

Clínica de la Influenza A H1N1 en adultos

La Influenza puede presentarse como una infección leve o asintomática. La forma clínica se caracteriza por un comienzo súbito con fiebre elevada, cefalea, escalofríos, obstrucción nasal, coriza, rinorrea, acompañada de mialgias, dolor de garganta, postración y tos productiva. Este cuadro intenso perdura varios días. La enfermedad es autolimitada de 5 a 7 días, aunque los síntomas pueden prolongarse hasta dos semanas o más. En los ancianos no siempre hay fiebre. La recuperación de la mucosa del tracto respiratorio puede demorar hasta un mes, es de señalar que en este brote predomina la forma leve.

Clínica de la Influenza A H1N1 en niños

Puede presentarse con fiebre alta, no explicable, e incluso ser la única manifestación en el neonato, y en niños mayores; son frecuentes la faringitis, laringotraqueobronquitis y neumonía.
En ocasiones aparecen manifestaciones gastrointestinales tales como náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarreas en el 40-50 % de los casos. Se pueden presentar también crup, otitis media y conjuntivitis no purulenta, cefalea, irritabilidad, fotofobia sugestiva de meningitis, miositis, que en la actualidad han sido poco frecuentes.

Complicaciones de la Influenza A H1N1.
Las complicaciones usualmente son poco frecuentes y se han descrito las siguientes:

Neumonía bacteriana secundaria
Neumonía viral primaria
Síndrome de Reyé
Miositis
Neuritis
Mielitis transversa
Síndrome de Shock Tóxico
Miocarditis y Pericarditis
Otitis Media
Bronquitis o Bronquiolitis
Encefalopatía por influenza
Rhabdomiolisis
Síndrome de Guillain-Barre
Muerte súbita

Condiciones de alto riesgo

- Adultos y niños con enfermedad cardiaca o pulmonar crónica, incluyendo el Asma Bronquial.
- Personas de más de 65 años
- Residentes en Hogares de Ancianos y otros centros de internamiento con personas que padecen de enfermedades crónicas.
- Pacientes con enfermedades crónicas como: Diabetes Mellitus, Cáncer, Enfermedad Renal. Inmunodeficiencia, Hemoglobinopatías Anemia, etc.
- Adultos y niños tratados por largos períodos de tiempo con Ácido Acetil Salicílico.
- Mujeres embarazadas.
- Niños menores de 2 años de edad

Diagnóstico diferencial de la Influenza A H1N1.

El Diagnóstico diferencial debe de hacerse con otras enfermedades respiratorias víricas y bacterianas; Leptospira, Dengue, Hantavirus, Fiebre Tifoidea, Tuberculosis, Neumonías de diferentes etiologías, otras neumopatias como Fiebre Q, Legionella y Endocarditis Bacterianas subaguda.

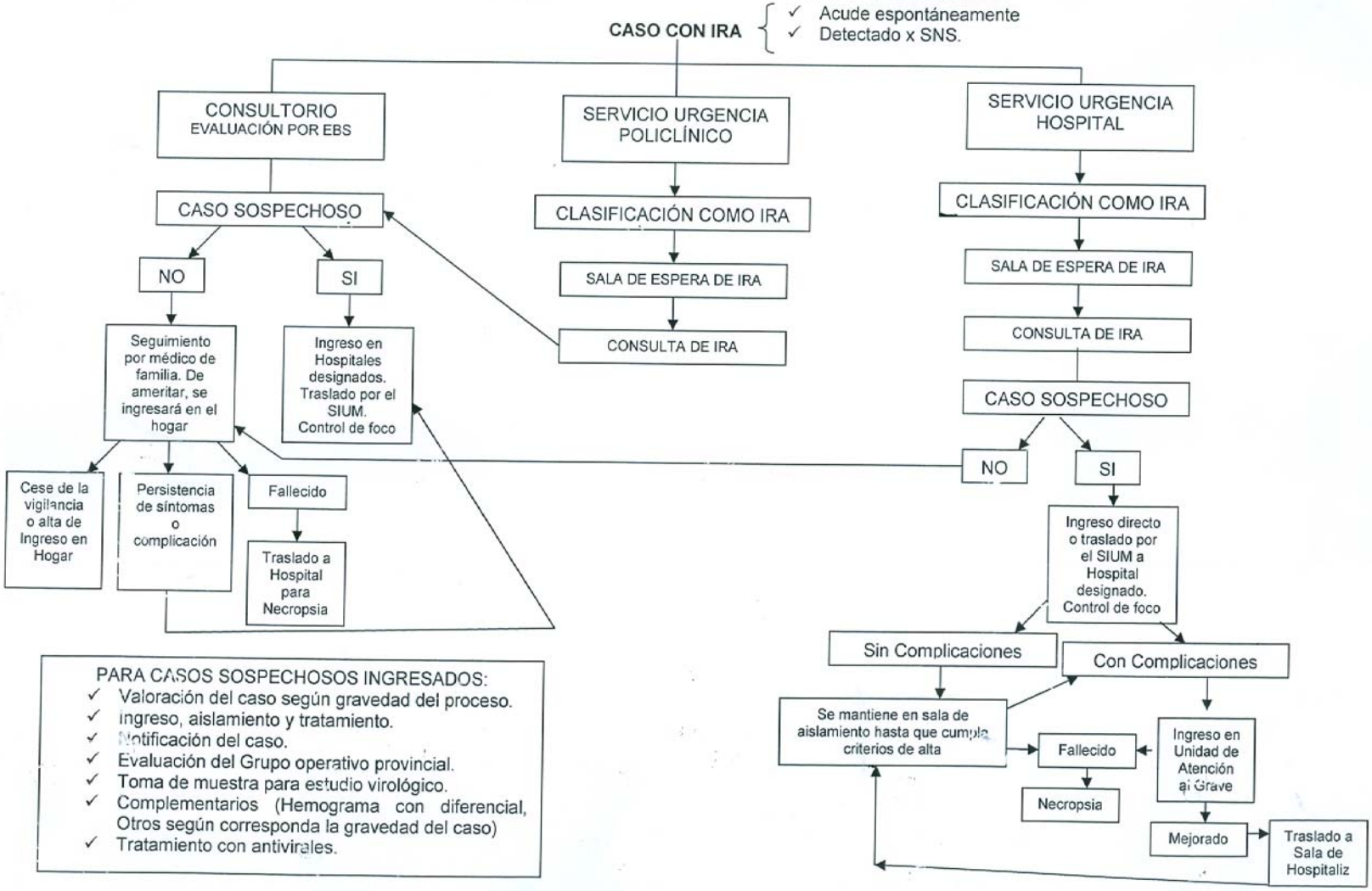
Mortalidad

La tasa de letalidad ha sido baja en los pacientes hospitalizados, aunque se estima sea mucho menor. Las muertes han ocurrido en un promedio de 9 o 10 días después del inicio de la enfermedad, y la mayoría de los pacientes han muerto de fallo respiratorio progresivo y donde ha fallado la atención primaria de los casos o sea han sido casos que no se han atendido precozmente ni han recibido una atención adecuada.

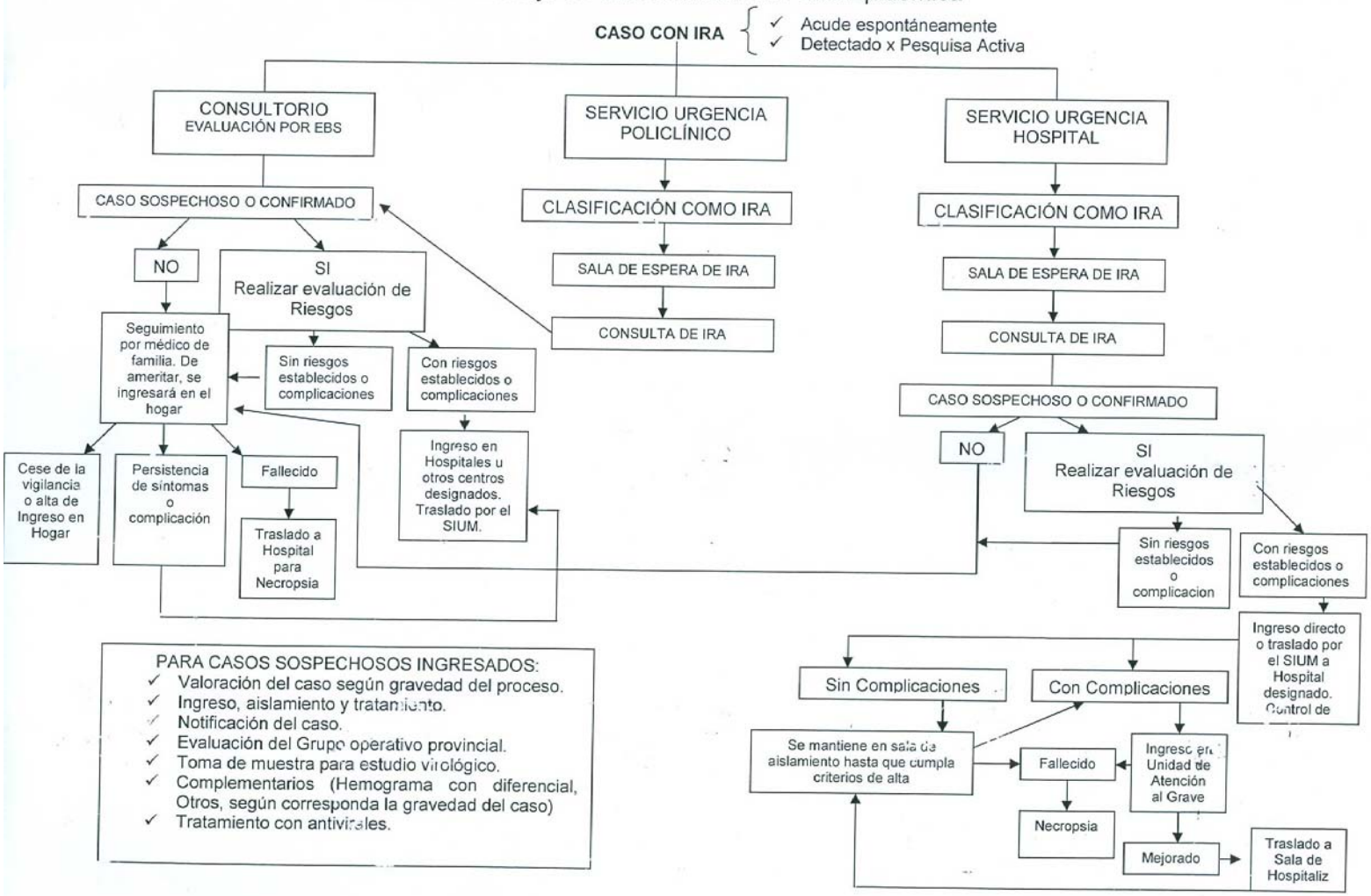
Hallazgos de Laboratorio Clínico

Los más comunes han sido leucopenia, particularmente linfopenia, trombocitopenia de ligera a moderada, y niveles de transaminasas ligera o moderadamente elevados. También ocurre marcada hiperglicemia, así como elevados niveles de creatinina.

Anexo 22. Manejo de caso con IRA en Fase Pre epidémica



Anexo 23. Manejo de caso con IRA en Fase Epidémica



ANEXO 24

INDICACIONES PARA LA CONDUCTA ANTE CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS POR IRA A INFLUENZA A H1N1.

En fase pre-epidémica se ingresarán todos los casos sospechosos en los hospitales designados para el aislamiento de casos en cada uno de los territorios. El ingreso será en salas de cuidados respiratorios creadas para este fin, se realizará estudio virológico, notificación, tratamiento sintomático según severidad y con antivirales (Oseltamivir).

En fase epidémica el ingreso se limitará solo a los casos de individuos con riesgos definidos (Ver Anexo) u otros que considere el facultativo que puedan poner en riesgo la vida del paciente. Igualmente se ingresarán aquellos individuos que debuten o presenten complicaciones en el curso de su enfermedad. El ingreso será en salas de cuidados respiratorios creadas para este fin, se realizará estudio virológico, notificación, tratamiento sintomático según severidad y con antivirales (Oseltamivir).

En esta fase, los pacientes que no clasifiquen para el ingreso hospitalario, serán seguidos por el Médico de Familia (Ver organización de servicios en policlínicos. anexo). Se realizará notificación, vigilancia, tratamiento sintomático y la indicación de antivirales se corresponderá a lo indicado por el grupo central del MINSAP para el momento de la epidemia.

Todo **paciente que resulte fallecido,** intra o extrahospitalario, por Infección Respiratoria Grave a causa del Virus de la Influenza A H1N1, ya sea caso sospechoso o confirmado y los pacientes fallecidos por Infección Respiratoria Grave de causa inespecífica, se les realizará necropsia. (Ver manejo de cadáveres y estudios a realizar.

ANEXO 25
CONDUCTA TERAPÉUTICA A SEGUIR ANTE CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS DE INFLUENZA A (H1N1).

Oseltamivir (Tamiflú).

Se debe usar como terapéutica en las primeras 48 horas de inicio de los síntomas, como prevención en contactos de casos y en el personal sanitario involucrado en la atención directa de los casos, aunque esto no excluye que también se debe considerar su administración después de las 48 horas de la aparición de los síntomas, en particular para los pacientes hospitalizados o personas con alto riesgo de sufrir complicaciones asociadas a esta enfermedad.

Dosis terapéutica:

Adultos: 75 miligramos (mg) dos veces al día durante cinco días.

Menores de 15 años:
- Niños menores de 15 kg: 30mg dos veces al día
- Niños de 15 a 23 kg: 45 mg dos veces al día
- Niños de 24 a 40 kg: 60 mg dos veces al día
- Niños de más de 40 kg: 75 mg dos veces al día

Niños menores de 1 año de edad

Los niños menores tienen un riesgo elevado de complicaciones por una infección del virus de la influenza estacional. Aún se encuentra en estudio las características de la infección por el virus nuevo de la influenza (H1N1). En caso de ser necesaria su aplicación comunicar urgente al grupo técnico para su aprobación.

Tratamiento Profiláctico: comenzando en las primeras 48 horas después de la exposición y puede utilizarse desde 7 hasta diez 10 días. **En los brotes dentro de instituciones cerradas u otros conglomerados humanos,** se recomienda comenzar lo más tempranamente posible y recomendadaza hasta por un mínimo de 2 semanas, y en dependencia de aparición de casos nuevos, se puede continuar hasta 7 días después del inicio de los síntomas del último paciente. Puede extenderse además hasta 6 semanas en dependencia de la magnitud y severidad de la epidemia.

Dosis profiláctica:
Adultos y adolescentes de 13 ó más años de edad: 75 mg una vez al día

Niños desde 1 año a 13 años de edad: dosis ajustadas por el peso

- Niños menores de 15 kg: 30mg al día
- Niños de 15 a 23 kg: 45 mg al día
- Niños de 24 a 40 kg: 60 mg al día
- Niños de más de 40 kg: 75 mg al día

Niños menores de 1 año: aún no existe consenso en cuanto al beneficio que reportan, por lo que debe evaluarse cada caso, previo análisis epidemiológico que sustente la necesidad de su aplicación, siempre con consulta del Grupo Técnico Asesor Nacional.

Mujeres embarazadas

Se conoce que tienen un riesgo elevado de complicaciones por las infecciones por los virus de la influenza estacional, por lo que el embarazo no se debe considerar como una contraindicación al uso del Oseltamivir.

Tratamiento de las complicaciones:

La causa más frecuente de complicación y mortalidad es la neumonía bacteriana. En consecuencia a ello, será el uso de antibióticos en los pacientes, teniendo siempre presente el perfil de resistencia. Por tanto, las unidades seleccionadas para tratar al paciente, deben estar dotadas de insumos correspondientes desde oxígeno hasta ventiladores. El exceso en el uso de líquidos no está recomendado, y en general los esteroides no están indicados en paciente sin complicaciones**. Cumplir las indicaciones planteadas por el Centro para el Desarrollo de la Farmaco-epidemiología en Cuba, donde se reflejan los efectos adversos y precauciones.**

ANEXO 26
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS/VIH/SIDA

PLAN PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA INFLUENZA A (H1N1) EN PERSONAS CON VIH/sida

Las personas infectadas por el VIH se considerarán como una población de alto riesgo y prioritaria en las estrategias de prevención y tratamiento de la gripe, incluida la infección por el virus emergente de la gripe de tipo A (H1N1).

Se conoce que las personas con infección por VIH, especialmente aquellas con conteos bajos de CD4 tienen mayor riesgo para la adquisición de infecciones virales y bacterianas del tracto respiratorio bajo y neumonías recurrentes.

Atendiendo a las recomendaciones de la OMS para la prevención de la gripe A H1N1 y el manejo de casos (ANEXO I) se emiten las siguientes indicaciones a la red de sanatorios del país y en la red asistencial del SNS donde se brinda atención de forma ambulatoria a las personas con VIH:

1. Convocar Reunión Técnica provincial con la participación de todo el equipo y la Línea de Apoyo a PVs para orientar estas indicaciones, estudiar el ANEXO I y organizar las acciones en el territorio.

2. Actualizar el universo de PVs que reciben atención ambulatoria en cada Área de Salud estratificados según las siguientes variables:
   - Caso Sida
   - Portador asintomático
   - Resultados del último estudio de CD4
   - PVs que reciben TAR

3. Incrementar la vigilancia epidemiológica de cuadros respiratorios en PVs promoviendo la asistencia inmediata a su Área de Salud tal y como está orientado para toda la población. Poniendo especial atención en la vigilancia en las neumonías posteriores a una infección respiratoria alta.

4. Promover entre las PVs la asistencia a consulta de seguimiento de VIH/Sida que le corresponda según área de residencia.

5. Evaluar de inmediato todos aquellos casos que estén requiriendo TAR e iniciarlo según corresponda con los esquemas establecidos sin dilación de tiempo.

6. Convocar a los Equipos de Ayuda Mutua (EAM) para que se divulguen estas orientaciones dentro de la comunidad de PVs, en las reuniones trimestrales y se incluya este tema en las capacitaciones programadas.

7. Realizar control individual de cada paciente en visitas de terreno que deberá realizar el personal de salud del Área (con énfasis las enfermeras encuestadoras) y la Línea de apoyo a PVs para promover la asistencia a consultas, controlar la adherencia a TAR y brindar educación sanitaria.

8. Ante la exposición conocida a un enfermo o caso sospechoso de gripe A H1N1 cumplir todas las indicaciones emitidas centralmente para estos casos en la población, e iniciar con prontitud la profilaxis post-exposición (1 tab de 75 mg de Oseltamivir (Tamiflú) en las primeras las 48 horas de la exposición la cual se continúa durante 10 días después de la última exposición conocida a un enfermo o a un caso confirmado.

9. Ante un caso de infección por VIH sea probable, sospechoso o confirmado se debe aplicar tratamiento en las primeras 48 horas de comenzado los síntomas y durante 5 días.

Hasta el momento no se han reportado efectos adversos con Oseltamivir y no existen contraindicaciones absolutas en un paciente bajo tratamiento antirretroviral.

ANEXO 27
ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El Vicedirector de Asistencia Médica del Policlínico o personal designado por el director, será responsable de organizar, controlar y garantizar la asistencia médica a la población que atiende el Policlínico.

Fase pre- epidémica:
Acciones a desarrollar:

- Crear un equipo técnico multidisciplinario, que jerarquizará la clasificación y conducta de los casos que se identifiquen como sospechosos por los Equipos Básicos de Salud. Puede estar integrado por Clínico, Pediatra, Epidemiólogo, MGI, otros.
- Realizar capacitación permanente sobre la enfermedad a todo el personal de salud.
- Organizar y reforzar la vigilancia activa de IRA en todos los CMF a través de los Equipos Básicos de Salud. Coordinarán la interconsulta inmediata con el equipo técnico designado para determinar la clasificación y conducta de los casos.
- La vigilancia activa también se organizará en los centros educacionales internos y externos, en los centros laborales, en los puertos, aeropuertos, marinas y hoteles.
- Los casos sospechosos aislados que se detecten en centros educacionales internos y externos y en los centros laborales, serán evaluados por el equipo multidisciplinario del policlínico para su clasificación final, determinando su conducta acorde a la clasificación. Si el caso no clasifica como sospechoso, se suspenderá la asistencia a su centro mientras mantenga síntomas y se realizará contra referencia al médico de familia para su seguimiento y posible ingreso en el hogar, de ser necesario.
- En el caso de aparición de casos sospechosos en hoteles, el personal médico de Turismo y Salud aislará a la persona en su propia habitación, tomando todas las medidas de protección establecidas, hasta que se traslade el caso a través del SIUM, al hospital asignado para el ingreso de los casos sospechosos.
- En el caso de aparición de casos sospechosos en aeropuertos, marinas y puertos, se procederá a su aislamiento en un lugar determinado para estos casos, tomando todas las medidas de protección establecidas y se procederá a su traslado a través del SIUM, para el hospital asignado para el ingreso de los casos sospechosos.

- Los servicios médicos del MININT, organizarán, evaluarán y controlarán la vigilancia y seguimiento de los casos en los centros penitenciarios u otras instituciones subordinadas, así como organizarán los servicios para aislamiento y tratamiento de los casos.
- En el caso de aparición de brotes en centros educacionales u otras instituciones con régimen interno, se evaluará y consultará con el Puesto de Dirección Nacional para proceder a aplicar la cuarentena. En el caso de aparición de brotes en centros educacionales externos y círculos infantiles, se cerrará la institución.
- El Equipo Básico de Salud, realizará seguimiento estricto a las IRA y determinará su Ingreso en el Hogar de ser necesario.
- El Equipo Básico de Salud, realizará seguimiento diario a los casos reportados por el Policlínico del control sanitario internacional. Los viajeros procedentes de áreas epidémicas serán localizados y evaluados diariamente durante los primeros diez días a su arribo y si existe aparición de síntomas respiratorios, se considerará un caso sospechoso y se trasladará a través del SIUM para el hospital asignado para el ingreso según corresponda a cada territorio.
- Los médicos notificarán en hojas de cargo la incidencia de casos sospechosos y dejarán constancia de su atención en la Historia Clínica Individual de los pacientes.
- El Vicedirector de Higiene y Epidemiología y el Equipo Básico de Salud realizarán el control de foco de los casos sospechosos y confirmados.
- Organizar de forma diferenciada la consulta de urgencia del policlínico para casos de IRA.

Fase Epidémica:

- Mantener el equipo multidisciplinario técnico, para la evaluación clínica de los casos.
- Mantener la capacitación permanente sobre la enfermedad a todo el personal de salud.
- Realizar pesquisa activa diaria al 100% de la población. Los Jefes de Grupo Básico de Trabajo organizarán la pesquisa activa con la participación de todos los trabajadores y estudiantes de su institución, previo entrenamiento para el mismo.
- El Titular del CMF será el responsable de distribuir equitativamente y de forma personalizada la cantidad de familias o locales entre los integrantes del equipo.
- El Titular del CMF, será el responsable de la asistencia médica de la población, de no más de 500 familias. Con la participación de

estudiantes de los diferentes años y carreras, cuya distribución se hará de acuerdo con las necesidades de cada área.

- Los estudiantes de los primeros años de las carreras, las enfermeras y el resto del personal asignado trabajarán en la pesquisa de casos, así como los estudiantes de quinto año se destinarán prioritariamente para las guardias y el pase de visita a los pacientes ingresados en el hogar.
- Las evaluaciones a los pacientes se realizarán diariamente, excepto en aquellos cuya situación requiera de más de una evolución.
- El médico o interno responsable de la atención a estos pacientes evaluará diariamente las evoluciones realizadas por los estudiantes y a partir de éstas, decidirá los casos que requieren de su presencia, en el caso de no poder ver la totalidad de los ingresos.
- El Equipo Básico de Salud del CMF recibirá información de la situación epidemiológica de su territorio (debe dominarla) lo cual le permitirá mejorar la pesquisa en su área de atracción.
- Ante un paciente que así lo requiera, el equipo de trabajo solicitará su evaluación por la Comisión del Policlínico.
- Tanto el equipo de atención médica como la comunidad velará por que se cumpla el aislamiento del paciente.
- Realizar la Clasificación de los casos por la comisión y el médico de la población y determinar conducta según corresponda.
- Se realizará Ingreso en el Hogar de todo paciente sospechoso o confirmado. No realizar Ingreso en el Hogar a pacientes que tengan complicaciones evidentes, que presente una enfermedad crónica descompensada, que sea menor de 2 años, gestantes, o caso social que no cumpla los requisitos de Ingreso domiciliario. En estos casos, se remitirá para las instituciones establecidas para su ingreso.
- Los Profesores de GBT, serán responsables junto a sus médicos o internos, de la asistencia médica a su población, evaluarán la clasificación de los casos, así como, su remisión oportuna al hospital según corresponda, serán responsables de la capacitación, actualización y perfeccionamiento continuo en este tema, de sus recursos humanos en su GBT, realizarán pases de visita diarios a los pacientes ingresados en el hogar, realizarán interconsultas y juntas médicas, según las necesidades de los casos y controlarán junto a su médico o interno la pesquisa diaria de casos.
- El Vicedirector de Higiene y Epidemiología y el EBS realizarán el control de foco de los casos sospechosos y confirmados.

En todos los casos, desde cualquier servicio de salud y en la comunidad, centros escolares, laborales, otros, se mantendrán las actividades de promoción y educación para la salud.

ALERTA:

NUNCA DEBE INGRESARSE EN EL HOGAR POR CONSIDERARSE PACIENTES CON CONDICIONES DE ALTO RIESGO, INDEPENDIENTEMENTE DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA:

- Adultos y niños con enfermedad cardiaca o pulmonar crónica, incluyendo el Asma Bronquial.
- Personas de más de 65 años
- Pacientes con enfermedades crónicas como: Diabetes Mellitus, Cáncer, Enfermedad Renal. Inmunodeficiencia, Anemia, Hemoglobinopatías, etc.
- Adultos y niños tratados por largos períodos de tiempo con Ácido Acetil Salicílico.
- Mujeres embarazadas.
- Niños menores de 2 años de edad

Organización del Servicio de Urgencia del Policlínico

- El Vicedirector de Asistencia Médica, la Vicedirectora de Enfermería y el Jefe del Servicio de Urgencias del policlínico, serán los responsables de la organización, control y evaluación del servicio.
- En el servicio se crearán condiciones desde la clasificación de los casos, para el aislamiento de los pacientes con IRA hasta que se defina su clasificación y conducta.
- Se creará una sala de espera diferenciada para los casos de IRA que estarán separados del resto de los casos que acudan al servicio de urgencia (esto se determinará en cada lugar, según las posibilidades).
- Se habilitará una consulta médica diferenciada para los casos de IRA, con personal entrenado y fijo para estos fines, que determinará la clasificación y conducta con los casos, según corresponda. El médico de esta consulta será el mismo que estará junto al dúo de estancia del cuerpo de guardia y cada vez que aparezca un caso de IRA, se trasladará a ese local y cumplirá con todas las medidas de protección establecidas para la atención de los mismos y para el regreso a la consulta del resto de los casos. En el horario de la guardia médica, se seleccionará el médico de mayor categoría docente. En caso de epidemia o de un número de casos que rebase las situaciones normales, se debe tener previsto la disponibilidad de recursos humanos médicos y de enfermería para reforzar los equipos de guardia y de estancia de los policlínicos.

- Se habilitará un local para aislamiento de los casos que requieran ser trasladados para el ingreso, que se le llamará sala de Observación para casos de IRA.
- Se dispondrá de un Enfermera/o Clasificadora/or que debe ser técnico con post básico o Licenciado en Enfermería y disponer de la capacitación y el entrenamiento necesario para el cumplimiento de sus funciones, las cuales serán:
  - Realizar la clasificación de todos los casos con IRA y establecerá prioridades según el estado del paciente.
  - Garantizar el uso de los medios de protección del paciente (nasobuco)
  - Cumplir con el uso de los medios de protección personal.
  - Realizar la medición de los signos vitales.
  - Determinar el flujo de atención para estos casos establecido por la institución (Enviar a los pacientes para el área de espera destinada para estos casos hasta que reciba la atención médica).
  - En los casos necesarios, activar el mecanismo de aviso de una emergencia establecido por la institución y/o se trasladará de inmediato al paciente que lo requiera al área de emergencias.
  - Debe registrar los siguientes datos: número, hora de llegada, nombre y apellidos, edad, sexo, dirección particular, No. CMF, motivo de consulta, hora de atención médica.

    Los recursos materiales necesarios en su área de trabajo
  - Esfigmomanómetro.
  - Estetoscopio.
  - Termómetro (mínimo dos).
  - Sillón de ruedas.
  - Camilla.
  - Medios de protección (Nasobucos, guantes, sobrebatas).

- **Funcionamiento de las Salas de Observación en Epidemia. (Puede ser otro local destinado para el aislamiento y observación de los casos).**
  - Cada Policlínico analizará la posibilidad de incrementar el número de camas de Observación de su centro en función de su morbilidad.
  - Los locales destinados a este fin deben tener garantizada la atención médica de calidad con el personal médico, de enfermería y técnico necesario en correspondencia con la cantidad de camas que posea.

- En esta Sala permanecerán los pacientes que requieren ser ingresados en el Hospital, cuya permanencia, bajo ningún concepto, sobrepasará las 12 horas hasta su traslado.
- Los pacientes recibirán atención médica de calidad con vigilancia y tratamiento similar al que recibirá en el Hospital durante su estancia en la sala de observación y su traslado en transporte sanitario.
- La Historia clínica de los pacientes los acompañará hasta su ingreso en el Hospital, efectuándose éste en la sala que le corresponda de forma directa; donde serán valorados por el médico del servicio, el que realizará su nueva evolución e indicaciones.
- Los pacientes con signos de alarma u otra condición de salud que pudiera complicar su estado serán trasladados de **INMEDIATO** al Hospital por el SIUM.
- Se tomarán medidas de restricción para la entrada a este local, por lo que se limitará al mínimo el acceso de personas. Quedan prohibidas las visitas a todos los pacientes, al igual que los acompañantes en adultos.

ANEXO 28

INDICACIONES DE ASISTENCIA MÉDICA PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL DEL PERSONAL EXTRANJERO EN CUBA CON RESPECTO A LA INFLUENZA A H1N1.

- Todo personal **extranjero con residencia temporal o permanente en Cuba**, que tenga sintomatología clínica respiratoria, será evaluado en las clínicas internacionales acreditadas en el país u otra Unidad del Sistema Nacional de Salud, según corresponda territorialmente su lugar de residencia.

- Los casos que según criterios aprobados, clasifiquen como pacientes sospechosos, serán ingresados en los Hospitales seleccionados en cada Provincia para su aislamiento y tratamiento. Se exceptúan los casos de Ciudad Habana que una vez evaluados y clasificados como sospechosos, se ingresarán para su aislamiento y tratamiento en el Instituto de Medicina tropical Pedro Kourí (IPK) o en el Alojamiento vinculado al Hospital Oftalmológico Pando Ferrer según defina la instancia evaluadora del caso.

- Las personas extranjeras que se encuentran en **categoría de turistas** en nuestro territorio, una vez identificados con síntomas respiratorios en los Hoteles u otros lugares donde se encuentran residiendo, serán evaluados por el equipo multidisciplinario creado en cada provincia, el cual definirá si se trata de un paciente sospechoso o no de Influenza A H1N1. Los casos que después de esta evaluación no clasifiquen como sospechoso de la enfermedad, serán aislados en la misma institución hotelera y sometidos a vigilancia, extremándose todas las medidas higiénicas epidemiológicas dictadas con este fin y bajo estricto seguimiento por el personal de salud de esa entidad turística.

- Los turistas que no se encuentran hospedados en instituciones del turismo, serán evaluados en la red asistencial del país según el lugar donde se encuentren alojados, los que no clasifiquen como sospechosos se les dará seguimiento por el consultorio y área de salud más cercana.
- Todos los turistas que después de evaluados se clasifiquen como pacientes sospechosos de Influenza A H1N1, serán ingresados en los Hospitales seleccionados en cada Provincia para su aislamiento y tratamiento. Se exceptúan los casos de Ciudad de la Habana que una vez evaluados y clasificados como sospechosos se ingresarán para su aislamiento y tratamiento en el Instituto de Medicina tropical Pedro

Kourí (IPK) o en el Alojamiento vinculado al Hospital Oftalmológico Pando Ferrer según defina la instancia evaluadora del caso.

- Bajo el principio en que se han elaborado las acciones clínico epidemiológicas en nuestro país, que los pacientes se moverían lo menos posible, ningún paciente extranjero se trasladará una vez clasificado como sospechoso de una provincia a otra a menos que sea consultado y aprobado por el puesto de dirección del MINSAP.

- Las acciones médicas vinculadas a la pesquisa, consulta médica, aislamiento, tratamiento y otras que se requieran para este tipo de pacientes con sintomatología clínica de Influenza A, sospechoso o confirmados a la Influenza A H1N1 estarán exentas de pago.

ANEXO 29
MEDIDAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

En eventos epidémicos de causa respiratoria, los servicios de urgencias, emergencias y hospitalización reciben máxima demanda, dada las características de su prolongada duración, el riesgo de contagio, su severidad, el desgaste progresivo de recursos y la responsabilidad de mantener otros servicios vitales a la población.

Cada director de hospital **designará un vicedirector** que será responsable de la organización y cumplimiento de las acciones previstas en cada institución en los diferentes servicios.

La organización de los servicios de hospitalización se basará en el principio de máximo aislamiento posible y brindar cuidados progresivos al paciente en correspondencia con la evolución de la enfermedad.

Tanto en la fase pre-epidémica como en la epidémica, el hospital tomará las medidas organizativas que permitan el flujo, aislamiento y tratamiento adecuado de cada paciente, así como el aseguramiento de recursos humanos y materiales que requiera para su enfrentamiento. Solo cambiará las capacidades de atención y hospitalización, que serán en incremento según evolución de la epidemia y que se tendrán prevista tomando como base un estimado de una afectación del 35% de la población de cada territorio, donde el 2% de los casos afectados requerirá hospitalización, de los hospitalizados alrededor de un 20% requerirá de atención en unidades de atención al grave y de este último un 7.5% necesitará soporte ventilatorio.

Se establece la discusión diaria, presida por el director de la institución, de todos los casos ingresados por IRA Grave, sospechoso o confirmado a Influenza A H1N1 o de causa inespecífica, así como de los fallecidos instituciones por estas mismas causas y su información oportuna.

En cada territorio se evaluará con las autoridades y a propuesta de la Dirección Provincial de Salud, crear capacidades de ingreso en instituciones extrahospitalarias para ser utilizadas en caso de que se rebasen las previstas en hospitales, dejando estas últimas para casos con riesgos de complicaciones. Estas capacidades tienen que reunir las condiciones para el aislamiento adecuado para este tipo de enfermedad, preferiblemente cubiculizado y poseer las condiciones higiénico ambientales indispensables (agua corriente, baños suficientes, otras) para el manejo de estos pacientes. Se garantizará por salud el personal médico y paramédico, así como los recursos necesarios para la vigilancia, seguimiento y abordaje terapéutico de la enfermedad.

Cada hospital creará las condiciones para la capacitación permanente sobre la enfermedad a todo el personal de salud, en correspondencia a sus niveles de actuación.
En fase epidémica se dispondrá de la suspensión de la cirugía electiva y se tomarán las medidas para la realización de las intervenciones imprescindibles.

Los hospitales en el **Cuerpo de Guardia** crearán condiciones para:

- Prever una señalización adecuada para el tránsito de pacientes y acompañantes.
- Clasificación adecuada de los pacientes que acudan con IRA y su aislamiento en locales destinados para este fin, hasta su atención, clasificación y conducta.
- Se creará una sala de espera diferenciada para los casos de IRA que estarán separados del resto de los casos que acudan al servicio de urgencia (esto se determinará en cada lugar, según las posibilidades).
- Se habilitará una consulta médica o más de ser necesario, preferiblemente lo más cerca posible de la sala de espera, para la atención diferenciada de los casos de IRA, con personal entrenado y fijo para estos fines, que determinará la clasificación y conducta con los casos, según corresponda. En caso de epidemia o de un número de casos que rebase las situaciones normales, se debe tener previsto la disponibilidad de recursos humanos médicos y de enfermería para reforzar los equipos de guardia.
- Se dispondrá de un Enfermera/o Clasificadora/or que debe ser técnico con post básico o Licenciado en Enfermería y disponer de la capacitación y el entrenamiento necesario para el cumplimiento de sus funciones, las cuales serán:

  - Realizará la clasificación de todos los casos sospechosos y/o probables y establecerá prioridades según el estado del paciente.
  - Garantizará el uso de los medios de protección del paciente nasobuco).
  - Realizará la medición de los signos vitales.
  - Determinará el flujo de atención para estos casos establecido por la institución.
  - En los casos necesarios activará el mecanismo de aviso de una emergencia establecido por la institución y/o se trasladará de inmediato al paciente que lo requiera al área de emergencias.
  - Debe registrar los siguientes datos: número, hora de llegada, nombre y apellidos, edad, sexo, dirección particular, policlínico, motivo de consulta, hora de atención médica.
  - Los recursos materiales necesarios en su área de trabajo

- Esfigmomanómetro.
- Estetoscopio.
- Termómetro (mínimo dos).
- Sillón de ruedas.
- Camilla.
- Medios de protección (Nasobucos, guantes, sobrebatas).

- En todos los locales habilitados para la atención médica debe existir cobertura adecuada de agua y jabón, guantes, naso bucos, batas sanitarias y material gastable.
- Se establece el ingreso directo para evitar otros trámites o demoras en otras áreas hospitalarias.

Las **Salas de Hospitalización** para el aislamiento y tratamiento de los pacientes sospechosos y confirmados a IRA por Influenza A H1N1:

- Deben encontrarse alejadas del resto de los servicios del hospital, ventiladas y con una separación de al menos 1 metro entre camas.
- Tiene que existir cobertura adecuada de agua y jabón, guantes, naso bucos, batas sanitarias, y material gastable necesario para la atención a los pacientes.
- Tener previsto un stock de analgésicos, antipiréticos, antivirales, antibióticos, y otros medios necesarios para la atención a posibles complicaciones.
- En las salas de hospitalización se limitará al mínimo el acceso de personas. Quedan prohibidas las visitas en todos los pacientes y acompañantes en adultos.
- Se garantizará la atención médica en cada sala de hospitalización con un médico y dos enfermeras por cada 30 pacientes.
- Se confeccionará historia clínica con la calidad requerida.
- Los pacientes ingresados en salas serán trasladados a los servicios de Atención al Grave inmediatamente que aparezcan signos evidentes de complicación.

Unidades de Atención al Paciente Grave

- Disponer de al menos el 20% de camas para ingresos por esta enfermedad reuniendo las condiciones de aislamiento indicadas. Incluyéndose las medidas relacionadas con la ventilación de los cubículos aislados, preferentemente individualizados de ser aires acondicionados.
- Definido el personal que atenderá los pacientes por turnos de trabajo y los medios de protección individual de los mismos. (incluyendo los de auxiliares generales.)

- Previsto los medios de ventilación que se utilizaran en caso de requerir ventilación el paciente.(individualizar los ventiladores)
- Desechar el material gastable que se utilice en apoyo a la ventilación del paciente.
- Realizar desinfección concurrente y terminal de los cubículos de aislamiento.
- Debe disponerse de un flujo establecido acorde a las características de la institución para el movimiento del paciente hacia las salas de atención a pacientes graves, debe ser de breve tiempo en el traslado y una vía expedita y corta en el recorrido.
- Definido el personal auxiliar camillero que realizará este traslado en cada turno de trabajo con los medios de protección indicados.

El hospital debe tener evaluado el crecimiento del número de camas de atención al paciente grave en otras áreas del hospital que reúnan condiciones imprescindibles y prever el personal y equipamiento necesario para su puesta en funcionamiento.

Criterios de alta hospitalaria

Para dar de alta a un caso, adulto o niño, de Influenza A H1N1 se deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

a) Cese del período de transmisibilidad 7 a 10 días después del inicio de los síntomas respiratorios en mayores de 12 años y puede extenderse durante más días en menores de 12 años, acorde a su evolución.

b) Mejoría o resolución del cuadro clínico, según criterio médico.

ANEXO 30

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

GRUPO NACIONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

GRUPO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL PEDRO KOURÍ

ANTECEDENTES

Para el manejo del cadáver en las instituciones de salud se debe observar el cumplimiento de la Resolución 9 del año 1992 del Ministro de Salud Pública: "Reglamento General sobre la manipulación de cadáveres y restos humanos", y la Resolución 59 del año 1990 del Ministro de Salud Pública: "Actuaciones con fallecidos extranjeros en nuestro país" que se adjuntan a estas indicaciones.

Se deben observar igualmente, las medidas de Bioseguridad establecidas para un nivel II.

SE DEFINE COMO CASO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA GRAVE INESPECÍFICA (IRAGI) A:

Todo paciente que por su cuadro clínico y antecedentes epidemiológicos no tenga criterio de caso sospechoso (de Influenza A H1N1) y que clínicamente debute de manera súbita con fiebre superior a 38^0 C, tos, dolor de garganta, disnea o dificultad para respirar con necesidad de hospitalización, que en el momento del ingreso no tiene definida la etiología.
Se debe considerar también como caso los fallecidos de muerte súbita o de causa desconocida en los menores de 1 año.
También se consideran como tal los cuadros respiratorios de evolución aguda (menos de 24-48 horas) que lleven a la muerte al paciente sin que se haya podido establecer la causa sin tomar en cuenta la edad

Debe tenerse en cuenta que la contagiosidad del cadáver se reduce con el tiempo de fallecido.

MANIPULACIÓN DEL FALLECIDO FUERA DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA POR PERSONAL QUE ACTÚE EN EL LUGAR.

Los trabajadores de atención de salud deben cumplir las medidas de precaución universal establecidas cuando atiendan un fallecido.

- Evitar que el cadáver se convierta en una fuente de secreciones contagiosas.

- Tomar muestras lo más pronto posible al momento de la muerte, en particular secreciones respiratorias.
- Taponar vías respiratorias antes del traslado.
- Colocar paños o sustancias absorbentes (gasa, aserrín u otras).
- No añadir ninguna sustancia que interfiera la investigación (ej.: cloro, formol, alcohol).
- Controlar sangramiento sin alterar las lesiones existentes.
- Yugular otras fuentes de secreción que parten del cadáver.
- Establecer barreras entre el cuerpo, el manipulador y el medio.

El manipulador de cadáveres que no realiza la autopsia, debe llevar puesto el Módulo de Protección Personal constituido por guantes, batas de mangas largas que cubran hasta las piernas y nasobuco.

Tanto el médico autopsiante como el eviscerador 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).

- Se usarán guantes, pijamas, batas de mangas largas que cubran hasta las piernas, botas de goma, delantal impermeable y máscara protectora o en su defecto lentes de protección y tapa boca que también cubra la nariz. Todo antes de tocar el cadáver.
- Las personas con heridas o irritación de piel y mucosas no podrán participar, excepto en situaciones extremas.
- Para quitarse los lentes o caretas, e incluso el vestuario, debe antes quitarse el primer guante, lavarse las manos con detergente con el segundo guante puesto, y luego entonces proceder a retirar el resto. Quitarse las botas antes de salir del salón en el filtro establecido.
- Se quitará la ropa externa al salir del salón y se colocará en bolsa sellada con las botas lo que se enviará para la desinfección establecida.
- Todo el personal deberá bañarse inmediatamente al salir del salón.

El cuerpo se debe guardar herméticamente en una bolsa impermeable y su envío hacia el depósito cadáveres debe producirse tan pronto como sea posible después de la muerte.

- Colocar el cuerpo dentro de una bolsa y amarrar la boca de la misma, o al menos ponerlo sobre un nylon para controlar secreciones.
- Cuidar que la parte exterior de la bolsa no se contamine en la manipulación, no obstante lavarla como más abajo se indica.
- Una vez lograda la hermeticidad de la bolsa, y luego de lavada, se puede desinfectar con cualquier sustancia antiséptica, ej. Hipoclorito de sodio al 2%.
- Si no hay bolsa grande, intentar controlar la fuente de secreción, ejemplo, colocar la cabeza dentro de cualquier bolsa de nylon, cubrir la herida con un paño o toalla con precinta ajustada, evitando la contaminación de la parte exterior y proceder de igual forma que se describió previamente.
- Si el traslado es entre localidades, asegurar que el vehículo no se desvíe de la ruta ni se detenga en lugares públicos.
- Si el transporte no es individual, ejemplo avión o tren, evaluar si procede o no usar esa vía. Lo recomendable es que sea individual.
- Si no existe otra posibilidad, no permitir contacto del cuerpo ni de su embalaje con otras cargas. Deben aumentarse las barreras físicas entre ellos.
- En el caso anterior, colocar la bolsa dentro de un ataúd y este dentro de un huacal, los que serán destruidos por incineración al arribo a su destino.
- En caso de muerte violenta, en el lugar del hecho, y si existe la sospecha de IRAGI, realizar lo antes planteado, redoblando las medidas de seguridad para estos casos y el control de las secreciones.
- Proceder con cuidado al sacar el cuerpo de la bolsa para evitar aerosoles y salpicaduras.
- Cumplir las Normas para la manipulación del vestuario: específicamente con las indicaciones # 3, 4 y 5 del título Módulo de Protección Individual.
- Incinerar la bolsa exterior y otros medios en contacto con el cadáver.

Si los familiares del fallecido desean ver el cuerpo, se les puede permitir hacerlo.

- Los familiares deben usar guantes, bata y nasobuco.

También se puede realizar una preparación higiénica del cadáver (por ej, limpiar el cuerpo, arreglar el cabello y las uñas y afeitar) cumpliendo siempre con las Precauciones Universales

- Proceder entonces al lavado exterior del cuerpo con agua y si procede, emplear un detergente que no interfiera con el interés de la autopsia.
- Anotar todo lo que se realiza y las horas exactas de cada momento.
- Orientar el orden de la necropsia acorde al interés de cada caso y las recomendaciones higiénicas epidemiológicas.

NECROPSIAS

El estudio del cadáver debe incluir tanto en el exterior como el interior, lo que incluye las cavidades, tomando como precaución no utilizar sierras eléctricas, sino se cuenta con la posibilidad de hacerlo con la cabeza introducida en una bolsa de nylon para impedir la aerosolización de huesos.

- Retirar el peto costal solo constituido por el esternón con los cartílagos costales y, por esta apertura, extraer las vísceras torácicas.
- Impedir la dispersión de la sangre u otros líquidos corporales, y la generación de aerosoles especialmente cuando se extraigan los pulmones, por lo tanto:

    - No emplee sierras eléctricas.
    - Realice el procedimiento con agua si existe la posibilidad de salpicaduras,

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

  Utilizar la menor cantidad de instrumentos en la autopsia,

  Evitar 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 o contenedor rígido (bandeja)

  De ser posible utilice instrumental y módulo desechables.

Las superficies que se han contaminado con fluidos corporales o tisulares deben limpiarse y descontaminarse de la siguiente manera:

- Retirar la mayor parte de sustancia tisular o corporal con materiales absorbentes;

- Limpiar las superficies con agua y detergente;
- Aplicar el desinfectante en uso (Políticas de desinfección del Programa local). Si se utiliza una solución con hipoclorito de sodio, al 2% esporexin plus detersonic o Germicidin y trasladar a la central de esterilización para completar el proceso de esterilización rotulando el recipiente como “instrumental contaminado.
- Enjuagar profusamente.

Los departamentos de epidemiología hospitalaria estarán responsabilizados con hacer cumplir las normas de Antisepsia, desinfección y esterilización de los departamentos de Anatomía Patológica.

- Limitar la presencia de personas a los imprescindibles durante la necropsia.
- Realizar las autopsias en habitaciones bien ventiladas, de forma natural no utilizando ventiladores domésticos.

Los exámenes postmórtem y la recolección de muestras para análisis microbiológicos son cruciales para un mejor estudio y diagnóstico de las enfermedades infecciosas. Estas muestras están asociadas con riesgo de transmitir infecciones, y deben ser estudiadas cuando resulte necesario y siempre que se cumplan las medidas de bioseguridad.

- La disección y la toma de muestra será acorde al interés de cada caso y las recomendaciones higiénicas epidemiológicas. Si durante el estudio, se observan macroscópicamente alteraciones pulmonares sugestivas de neumopatía inflamatoria, se procederá a la toma de muestra para estudios virológicos, aun cuando el caso no reúna los criterios de “caso de infección respiratoria grave inespecífica” (IRAGI)
- Tomar muestras de secreciones nasofaríngeas durante la necropsia: Con un hisopo tomar las secreciones y colocarlas en solución salina, conservar a 4 grados C, frasco estéril con tapa de rosca o vial.
- Tomar muestras de fragmentos de pulmón: En caso de que se garantice el traslado al IPK antes de las 24 horas posteriores a la toma, colocarla a 4 grados C, en frasco estéril con tapa de rosca. Su traslado se efectuará en recipiente a 4 grados C (agua con hielo), teniendo en cuenta el sistema de triple empaque, en termos a 4 grados C (Sistema colecta de muestra, MINSAP 2008).
- Si el traslado de la muestra se efectuara posterior a las 24 horas, esta debe ser congelada a -20 grados C para luego ser trasladada

teniendo en cuenta el sistema de triple empaque, en termos a 4 grados C (sistema colecta de muestra, MINSAP 2008).

- Cuidar la cadena de custodia y control epidemiológico de muestras.
- Identificar las muestras y acompañarlas de la indicación para diagnóstico, datos clínicos, epidemiológicos.
- Registrar en expediente o protocolo de autopsia todas las muestras tomadas y su destino.
- Deberá notificarse al Laboratorio de referencia del IPK al teléfono 202 0651 (Odalys, Carlos, Anisleidy), el envío de las muestras hacia el Laboratorio Nacional, una vez que han sido colectadas. Fuera del horario laboral notificar al Puesto de mando del IPK teléfono 205 0272.
- Limitar la presencia de personas a los imprescindibles durante la necropsia
- Realizar las autopsias en habitaciones bien ventiladas, de forma natural, no utilizar ventiladores.

Se debe realizar con cuidado un examen post mortem del paciente que tuvo o probablemente tuviera influenza A (H1N1), sobretodo si muere durante el período infeccioso.

Si el paciente cuando muere se encontrase aún en el período de la enfermedad que está liberando el virus, los pulmones pudieran contener aún el virus. Por esta razón, cuando se realice cualquier procedimiento en los pulmones, se debe llevar puesto el Módulo de Protección Personal completo, incluyendo el nasobuco (N95) de gran eficacia, guantes, bata y anteojos protectores.
Realice las autopsias en habitaciones bien ventiladas.

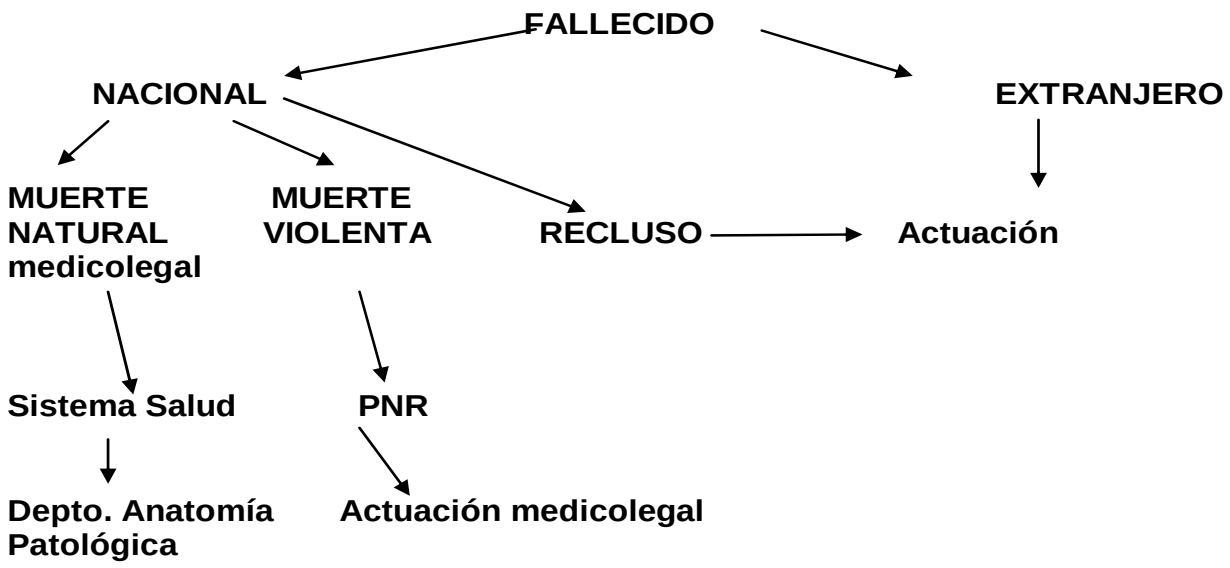
MANEJO DE LA INFLUENZA PANDÉMICA EN LOS SERVICIOS FUNERARIOS

El riesgo de transmisión de la influenza a Obreros de Servicios Necrológicos estará determinado por su contacto con las familias y amistades del difunto, no por el difunto. 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 Necrológicos deben cumplir las prácticas de control de infección rutinarias en el manejo de todos los fallecidos independientemente de la causa de muerte sospechosa o confirmada.

Nota. Para información adicional sobre el manejo del cadáver en las instituciones de salud se debe observar el cumplimiento de la Resolución 9 del año 1992 del Ministro de Salud Pública: “Reglamento General sobre la manipulación de cadáveres y restos humanos”, y la Resolución 59 del año 1990 del Ministro de Salud Pública: “Actuaciones con fallecidos extranjeros en nuestro país”

FLUJOGRAMA PARA EL MANEJO DE UN FALLECIDO EN CUALQUIER SITUACIÓN



ANEXO 31

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION NACIONAL DE SALUD AMBIENTAL
DIRECCION NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

Indicaciones para los Servicios Necrológicos en el manejo de cadáveres

Principios generales para el manejo de cadáveres

El riesgo de transmisión de la influenza A H1N1 a trabajadores del Servicio funerarios y de Cementerios estará determinado por su contacto con las familias y amistades del difunto, no por el difunto.

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 fallecido de Influenza. Los cuerpos sólo requerirán el manejo rutinario.

Los trabajadores de Servicios Necrológicos deben cumplir las prácticas de control de infección rutinarias en el manejo de todos los fallecidos independientemente de la causa de muerte sospechosa o confirmada.

Medidas de higiénicas personal y colectiva:

1. Todo el personal de los servicios necrológicos debe aplicar las Precauciones Estándar utilizando los Equipos de Protección Personal (guantes, bata y nasobuco), durante el desempeño de su jornada de trabajo

2. Orientar a todos los trabajadores sobre la técnica adecuada para toser o estornudar cubriendo completamente nariz y boca con un pañuelo desechable y la disposición de este en la basura en una bolsa de nylon.

3. Lavarse las manos y muñecas frecuentemente (antes, durante y después de concluida la jornada laboral) con agua y jabón, principalmente después de toser y estornudar

4. Al conversar con los familiares, tratar de mantener una distancia de 1 metro, evitando la transmisión por las gotas de saliva.

5. No saludar de beso, mano y abrazos.

6. Garantizar en los servicios sanitarios suficiente agua y jabón así como desinfectantes y toallas de papel desechables para facilitar el frecuente lavado de las manos de los trabajadores.
7. En los baños se deberán colocar indicaciones sobre la técnica correcta del lavado de manos.

8. El personal de limpieza debe utilizar guantes desechables de látex o poliuretano o polietileno para la realización de la limpieza con las sustancias desinfectantes

9. En los locales que exista aire acondicionado mantener el clima con una graduación entre los 24° y los 26° C. y una humedad entre 50 y 60%. Se deberá realizar el programa de mantenimiento específico para cada sistema, en especial limpieza de filtros frecuentemente.

10. En los locales sin aire acondicionado mantener las ventanas y puertas abiertas para ventilar el área y permitir la entrada del sol

11. En el caso de las funerarias con servicio de cafetería tratar de hablar y acercarse a los clientes sólo lo necesariamente indispensable y frecuentemente lavarse las manos con agua y jabón.

12. Se recomienda la limpieza de salas de exposición de cadáveres (capillas) una vez concluido el servicio de cada una de ellas y proceder a la limpieza inmediatamente de retirarse los familiares, limpiando todas las superficies que frecuentemente son tocadas con las manos como: accesorios fúnebres (candelabros, carretillas, sarcofaguera, mobiliarios), ceniceros, puertas, ventanas, sillas, llaves de los baños, servicios sanitarios, pisos, etc. con detergente seguido de una solución desinfectante apropiada como (Hipoclorito de sodio (lejía comercial al 5 %) diluido al 0.1% (100 ppm). Tomar 5 mL de hipoclorito y diluir en 1 L de agua), dejar en contacto por 5 minitos y luego enguadar con agua.

13. Garantizar la disponibilidad de contenedores rígidos de basura con bolsa de plástico y tapa en todas las salas de velatorio, para el desecho de pañuelos y otros desperdicios evitando el contacto directo con estos y garantizar una correcta disposición final para evitar la acumulación de desecho.

Servicios Funerarios

1. Si la familia del paciente desea ver o participar en el acto preparación del cadáver, se les puede permitir hacerlo siempre y cuando se apliquen las Precauciones Estándar de Equipos Protección Personal (guantes, bata y nasobuco)
2. Mantener las ventanas y puertas de las salas de velatorio abiertas que permitan la ventilación del local y el paso de los rayos del sol

Preparación higiénica del cadáver (aseo del cuerpo, peinado, maquillaje)

1. Cumplir siempre con las Precauciones Universales
2. Lavado exterior del cuerpo con agua y si procede un detergente

Desechos sólidos

1. Todos los residuos sólidos generados en la preparación higiénica del cadáver deben ser eliminados en una bolsa adecuada e identificada.
2. Si esta bolsa se ensuciara por fuera, utilizar dos bolsas.

Residuales líquidos

1. Los residuos líquidos de la limpieza y desinfección en los cuartos o salas de preparación de cadáveres pueden ser eliminados a través del sistema habitual de servicios de alcantarillado.

Traslado de cadáveres

1. Los vehículos utilizados para el traslado de cadáveres deberán contar con la autorización sanitaria correspondiente.
2. El transporte de cuerpos desde y hacia las morgues deberá realizarse en bolsa plástica, impermeable y con cierre hermético.
3. Los chóferes no podrán trabajar si presentan algún síntoma respiratorio
4. Los chóferes no deberán usar corbatas pues actúan como reservorio de microorganismos
5. Si el traslado es a un pueblo o provincia, asegurar que el vehículo no se desvíe de la ruta ni se detenga en lugares públicos. Evaluar la necesidad de que acompañe el cuerpo una autoridad sanitaria.
6. Si el transporte no es individual, ejemplo avión o tren, evaluar si procede o no usar esa vía. Lo recomendable es que sea individual, si no existe otra posibilidad, no permitir contacto del cuerpo ni de su embalaje con otras cargas. Deben aumentarse las barreras. Colocar la bolsa dentro de

un ataúd y este dentro de un huacal, los que serán destruidos al arribo a su destino.

7. En aquellos casos en que el cuerpo deba ser trasladado al exterior, deberá cumplirse con las normas para el transporte internacional de cadáveres

Inhumación de cadáveres

La inhumación de un cadáver se realizará en cualquier momento dentro de las 24 horas de fallecido si se hubiera practicado necropsia y después de las 6 horas y antes de las 24 horas si no se hubiese practicado la necropsia, según lo establece la legislación vigente excepto que se disponga otra cosa por resolución judicial o que medie autorización sanitaria.

Cremación de cadáveres

Se autorizará la cremación de cadáveres y restos humanos siempre y cuando los cadáveres hayan sido sometidos a autopsia y se cumplan las disposiciones establecidas.

ANEXO 32

MEDIDAS QUE SE DEBEN ADOPTAR EN LAS UNIDADES QUIRÚGICAS EN LA FASE PRE- EPIDEMICA POR VIRUS DE LA INFLUENZA TIPO A (H1N1).

- Seleccionar un salón operaciones preferentemente aislado del flujo ordinario de la Unidad Quirúrgica.
- De considerarse una operación de urgencia en un caso sospechoso, se tomaran las medidas para la fase epidémica.

MEDIDAS QUE SE DEBEN ADOPTAR EN LAS UNIDADES QUIRÚGICAS EN CASO DE EPIDEMIA POR VIRUS DE LA INFLUENZA TIPO A (H1N1)

- Suspender la actividad quirúrgica electiva.
- Para atender pacientes sospechosos, se designarán quirófanos con un sistema de climatización y humidificación independiente, siempre que sea posible.
- Todo el personal en contacto con pacientes sospechosos, debe usar protección universal, realizar un adecuado lavado de manos y usar el equipo de protección personal como guantes, un pijama protector (mejor que bata) y protección ocular en un rango de 3 pies (1 metro) hasta el paciente. Además, los anestesiólogos que estén expuestos a las secreciones respiratorias durante maniobras sobre la vía aérea deben usar máscaras faciales de microporos N95 con válvulas. Ante la epidemia, además de llevar el equipo de protección universal, se deben utilizar en los casos sospechosos gorros y botas desechables.
- Para evitar la manipulación de la vía aérea se recomienda, siempre que sea posible el uso de anestesia regional.
- El anestesiólogo más entrenado realizará las intubaciones. Intentando reducir la dispersión de gotas respiratorias y evitando aspiraciones endotraqueales o nasofaringeas innecesarias.
- Se usarán tubos endotraqueales y sondas de aspiración desechables
- Después de cada intervención, se decontaminará el quirófano y se permitirá la circulación del aire (al menos una hora) si las condiciones estructurales del salón lo permitieran.

Procedimientos considerados de alto riesgo:

- Reanimación Cardiopulmonar
- Ventilación manual
- Intubación endotraqueal
- Ventilación no invasiva
- Nebulizaciones
- Broncoscopía
- Drenaje pleural
- Colonoscopias

Procedimientos considerados de menor riesgo

- Desfibrilaciones
- Canular venas o arterias

ANEXO 33

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
DIRECCION NACIONAL DE SALUD AMBIENTAL
DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES

GUÍA PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES DURANTE LA ATENCIÓN EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE LOS PACIENTES CONFIRMADOS O CON SOSPECHA DE INFLUENZA QUE PODRÍA CONSTITUIR UNA EMERGENCIA DE SALUD PUBLICA

Ciudad Habana, 19 de mayo de 2009.

Contenido:

1. Introducción 4
2. Precauciones estándar 7
3. Higiene y antisepsia de manos 11
4. Limpieza del ambiente hospitalario 13
5. Políticas de Antisepsia, desinfección y esterilización 16
6. Acciones para protección del personal y de acompañantes 23
7. Desecho y manejo y transporte de desechos peligrosos 30
8. Aislamiento Hospitalario 35

INTRODUCCION.

En una etapa de amenazas permanentes condicionadas por enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, dentro de las cuales se encuentran infecciones respiratorias, cuyo modo principal de transmisión es a través de las microgotas de un paciente que tose o estornuda. La transmisión también puede ocurrir a través del contacto (incluyendo la contaminación de las manos con secreciones respiratorias seguida de la autoinoculación de la conjuntiva o la mucosa de la nariz o boca) y mediante la propagación de aerosoles respiratorios infecciosos muy pequeños a corta distancia durante los procedimientos que generan aerosoles.

Dado que muchos síntomas de las enfermedades respiratorias no son específicos y que no siempre se dispone de exámenes diagnósticos rápidos, la etiología a menudo no se conoce en forma inmediata. Es por ello fundamental que los trabajadores de salud usen las precauciones apropiadas para el control de infección cuando se brinda atención a cualquier paciente para minimizar la posibilidad de transmisión de la infección a sí mismos, a otros trabajadores de salud, a los pacientes y las visitas.

En Cuba las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se consideran endémicas y con alza estacional de orden epidémico, anualmente se reportan 5 millones de atenciones médica y su repercusión negativa en la mortalidad por Neumonía en el mayor de 65 años y dentro de ellos los mayores de 85 años, elemento que se ha tenido en cuenta para ir elevando la cobertura con vacuna antigripal según temporadas. Por otra parte no se debe subestimar la importancia de las medidas de prevención y control de la infección en el entorno de las instituciones de salud para evitar la aparición de brotes.

Las indicaciones sobre el control de infecciones que se brindan en este documento están basadas en la información disponible hasta el momento sobre las principales vías de transmisión de los patógenos relacionados con las enfermedades respiratorias infecciosas; también ofrece indicaciones que forman parte del cuerpo de indicaciones de los Programas de Prevención y Control de las Infecciones en Instituciones de Salud y del Plan para el enfrentamiento de una Pandemia por Influenza. Como medidas generales que son, estas indicaciones se deben adaptar a las necesidades y recursos locales.

El conocimiento de las formas de transmisión de la Influenza A H1N1 está evolucionando rápidamente. La vigilancia e investigación de casos y de los contactos son fundamentales para definir e identificar los cambios en la epidemiología de las infecciones humanas y seguirán brindando recomendaciones sobre control de infección. Se harán modificaciones a estas indicaciones, según sea necesario, a medida que se disponga de información adicional.

La situación actual en relación al brote de influenza A (H1N1) evoluciona rápidamente hacia una pandemia y países de diferentes regiones del mundo están siendo afectados.

Basado en datos epidemiológicos, se ha demostrado que se produce transmisión del virus entre personas y que tiene una gran capacidad de causar brotes comunitarios; lo cual sugiere la posibilidad de una transmisión sostenida persona-persona. Las instituciones de la salud tienen el gran reto de proveer de los cuidados necesarios a los pacientes sospechosos o confirmados de influenza A (H1N1). La utilización de precauciones de control de infecciones adecuadas durante la atención de pacientes con síntomas de enfermedad tipo influenza es un punto crítico para los trabajadores de salud, particularmente en áreas afectadas por brotes de influenza A (H1N1), a fin de minimizar las posibilidades de adquirir la infección o de transmisión al resto de trabajadores de la salud, pacientes y visitantes.

La transmisión de influenza A (H1N1) entre personas parece producirse principalmente a través del contacto con secreciones respiratorias, y no hay evidencia de transmisión por núcleos de Wells entre personas. Por lo tanto, las medidas de control de infecciones para pacientes con sospecha o confirmación de infección por influenza A (H1N1) deben centrarse en el control de la diseminación de aerosoles respiratorios (microgotas).

Estrategias fundamentales de prevención de infección

1. Los controles administrativos son claves, e incluyen:
   - implementación de medidas de precaución estándares y para microgotas;
   - evitar la aglomeración de casos, promover separación entre pacientes de al menos 1 m;
   - Evaluación y manejo de pacientes para la detección temprana,
   - ubicación y reporte de pacientes;
   - organización de los servicios;
   - políticas de uso racional de los equipos disponibles;

- políticas de los procedimientos con pacientes y,
- fortalecimiento de la estructura de control de infecciones habitual

2. Los controles ambientales y de ingeniería, como la infraestructura básica de los establecimientos de salud, la ventilación adecuada, la ubicación correcta de los pacientes e higiene del entorno pueden reducir la diseminación de algunos patógenos respiratorios en los establecimientos de salud.

3. Uso racional de los equipos de protección personal (EPP) e higiene de las manos apropiada.

MEDIDAS CRÍTICAS

- Evitar agrupar pacientes y promover la distancia entre pacientes de al menos 1 m
- Proteger las mucosas de la nariz, boca y conjuntiva
- Realizar la higiene de las manos sistemáticamente

1. PRECAUCIONES ESTANDAR

1. Maneje todo paciente como potencialmente infectado
2. Aplique en todo procedimiento asistencial las normas de asepsia y las técnicas propias de éste procedimiento.
3. Evitar contacto de piel o mucosas con sangre y otros líquidos de Precaución Universal*
4. Lavado de las manos: La higiene de las manos es una de las medidas más importantes para prevenir y controlar la diseminación de la enfermedad en las Instituciones de Salud y es un componente principal de las Precauciones Estándar. El lavado de manos se debe realizar:

   - antes de iniciar las labores
   - antes de realizar procedimientos invasivos
   - antes y después de atender pacientes, se usen guantes o no
   - antes y después de manipular heridas
   - después de estar en contacto con líquidos de Precaución Universal aunque se estén usando guantes
   - antes y después de entrar en cuartos de aislamiento
   - Durante la atención de pacientes, al moverse de un sitio contaminado a uno no contaminado del cuerpo del paciente

- Después del contacto con objetos inanimados en los alrededores inmediatos del paciente
- Antes de colocarse y después de retirarse los EPP
- antes de ponerse guantes e inmediatamente después de quitárselos
- Después de usar el baño

ELEMENTOS QUE COMPONEN LOS EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL

5. Uso de **GUANTES** en todo procedimiento que impliquen contacto con:
   - Sangre y fluidos corporales de precauciones universales
   - Piel no intacta, membranas mucosas.
   - En procedimientos con el paciente que implique contacto con material potencialmente infeccioso. Cambie los guantes después de realizar el procedimiento
   - Para realizar punciones venosas y procedimientos invasivos, quirúrgicos, desinfección y limpieza.
   - Quíteselos después del uso, antes de tocar elementos y superficies no contaminadas y antes de ir a otro paciente.
   - Realice lavado de las manos inmediatamente después de quitárselos.

6. Uso de **NASOBUCO** (siempre sobre la boca y la nariz) cuando:
   - Se contacte con líquidos potencialmente infectantes.
   - Ante la posibilidad de salpicaduras (aerosoles)
   - Cuando de expone a microgotas o partículas en suspensión de pacientes que tosen, estornudan, etc.
   - Realice lavado de las manos antes de colocárselo e inmediatamente después de quitárselos

7. SOBRESOBREBATAS

- Uso de sobrebatas y gorros solo en casos en que se le esta brindando atención a pacientes ingresados con criterio clínico-epidemiológico según definición de caso
- Las sobrebatas sanitarias deben ser de mangas largas y deben cerrarse por detrás
- Úsela para proteger la piel y evitar ensuciar la ropa durante actividades que pueden generar salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos orgánicos, secreciones, o excreciones

- Quítese la bata sucia cuanto antes y realice higiene de las manos.
- **ES DE ALTISIMO RIESGO DE TRANSMISIÓN** deambular fuera del área con la bata sanitaria utilizada en la atención de los casos.

8. PROTECCIÓN DEL ROSTRO

- Usar protección para el rostro, incluyendo una mascarilla médica y protección para los ojos (gafas de seguridad, protectores faciales) para proteger la conjuntiva y las membranas mucosas de nariz, ojos y boca durante las actividades que tienen posibilidad de generar salpicaduras o aerosoles de sangre, fluidos corporales, secreciones, o excreciones.
- Cuando se atiende y se está en contacto cercano con un paciente con síntomas respiratorios (por ej., tos/estornudos), puede haber rocíos de secreciones y se debe usar protección ocular.

9. MANEJO CUIDADOSO DE ELEMENTOS CORTO PUNZANTES

- No reenfundar las agujas después de usarlas.
- Debe segregarse los desechos cortopunzantes en recipientes resistentes a la perforación y añadirle solución desinfectante al recipiente, para después someterlos a tratamiento y disposición final.
- Durante la manipulación, limpieza y eliminación de los elementos corto punzantes (agujas, bisturíes y otros), el personal de salud deberá tomar rigurosas precauciones para prevenir accidentes laborales

10. TRABAJADORAS DE LA SALUD EMBARAZADA Y CON NIÑOS EN CASA:

- Extremar las precauciones universales de bioseguridad para minimizar el riesgo de transmisión de las infecciones.
- Mantener actualizado los esquemas de vacunación.
- Respetar las recomendaciones del Programa de control de la tuberculosis.
- Rápida evaluación médica ante síntomas de infección
- Cuando el caso lo amerite debe reubicarse en áreas de menor riesgo.
- Evite deambular con los elementos de protección personal fuera del área de trabajo y tocar con las manos enguantadas cualquier parte del cuerpo u objetos ajenos al procedimiento.
- El material contaminado que se puede reutilizar sométalo a los procesos de descontaminación y envíelo en un medio de transporte adecuado a la Central de Esterilización para limpieza, secado, empaquetado, desinfección y/o esterilización según corresponda.

- Evite reutilizar el material contaminado como agujas, jeringuillas y hojas de bisturíes.
- Los desechos sólidos deberán ser manejados según las normas cubanas de manejo de desechos sólidos y los líquidos deberán ser descontaminados antes su disposición.
- En caso de ruptura de materiales de vidrio contaminado con sangre u otro líquido, proceda según lo planteado en el plan de emergencia, después recójalo con escoba y recogedor y deposítelo en un recipiente a prueba de perforaciones señalizado como riesgo biológico.
- Cuando se presente derrame accidental de líquidos orgánicos en superficies ó áreas de trabajo, cubra con un papel absorbente u otro material que cumpla con esa función, vierta solución desinfectante como hipoclorito de sodio al 0.5 % durante 30 minutos; limpie nuevamente la superficie con desinfectante a la misma concentración y realice limpieza con agua y jabón.
- En caso de sufrir accidentes de trabajo con material biológico repórtelo antes de las 24 horas o lo más inmediatamente posible a su jefe inmediato y al departamento de epidemiología hospitalaria y al representante de bioseguridad de su institución para su control y seguimiento.

Anexo 1. * Líquidos de precaución universal

- Sangre
- Semen
- Secreción vaginal
- Secreciones de vías respiratorias
- Leche materna
- Líquido sinovial
- Líquido cefalorraquídeo
- Líquido pleural
- Líquido amniótico
- Líquido peritoneal
- Líquido pericárdico
- Cualquier otro líquido contaminado con sangre, orina, heces fecales, vómitos, saliva, etc.

2. HIGIENE Y ANTISEPSIA DE MANOS

Lavado de las manos (Realizar la técnica de frotado)

* Las manos del personal hospitalario se mantendrán limpias y de acuerdo al nivel de riesgo de los procederes se deben aplicar los diferentes métodos de lavado de manos.

Técnica de frotado del lavado de las manos

1.- Palma con palma
2.- Palma derecha sobre el dorso de la izquierda y viceversa.
3.- Palma con palma intercalando los dedos.
4.- Dorso de los dedos flexionados para cada mano.
5.- Pulgar derecho con mano izquierda y viceversa.
6.- Yemas de los dedos sobre las palmas.

Lavado social de las manos

a. Es aquel que se realiza con agua y jabón eliminando todo tipo de suciedad visible. El enjuague debe ser abundante y terminará con el secado.
b. Se realizara siempre que se tengan las manos sucias y antes y después del contacto con el paciente en procedimientos no invasivos y sin riesgo.

Lavado higiénico de las manos

Utilizar en: antes de técnicas y procederes de riesgo incluyendo el manejo del paciente immunosuprimido.

A. Lavado de manos con jabón convencional:
   a. Enjabonar y frotar enérgicamente durante 30-45 segundos
   b. Enjuagar con abundante agua
   c. Repetir de nuevo el lavado extendiéndolo hasta el antebrazo
   d. Realizar enjuague profuso dejando que el agua corra hacia los codos
   e. Secar las manos y antebrazos con paños o papel estéril, presionando sin fricción

B. Aplicar el antiséptico de elección en uso en el servicio:

Lavado quirúrgico de las manos

Utilizar en: antes de procederes quirúrgicos incluyendo el manejo del paciente quemado.

Ante toda maniobra crítica

Y se procederá de la siguiente manera:
Se utilizará jabón común y al final antiséptico o jabón antiséptico.

Se lavarán las manos y antebrazos hasta 2 pulgadas arriba del codo utilizando el cepillo solo para las uñas. Se enjuagará bien manteniendo las manos levantadas para que el agua escurra hacia los codos. Se repetirá de nuevo todo para un total de 4 minutos. Se secarán las manos y antebrazos con paño o papel estéril, apretando suavemente sobre la piel comenzando por las manos y finalizando en los codos sin regresar a las manos nunca.

Cuando el jabón no contiene el antiséptico, se añadirá el mismo y se dejara actuar al menos 2 minutos.

3. LIMPIEZA DEL AMBIENTE HOSPITALARIO

El Medio Ambiente inanimado presente en las instituciones de salud guarda íntima relación con las infecciones asociadas a la atención sanitaria y puede contribuir a casos esporádicos o brotes de enfermedad en las instituciones al proporcionar focos de transmisión. La prevención de las infecciones es un objetivo importante dentro de la atención hospitalaria. Los procederes de limpieza, asepsia, desinfección y esterilización de dispositivos médicos, equipos y ambiente asistencial, así como la garantía de calidad en las técnicas aplicadas, constituyen puntos clave de las normativas y regulaciones establecidas en el Programa Nacional de Prevención y Control de la Infección Intrahospitalaria.

LA LIMPIEZA INSTITUCIONAL

En el ambiente hospitalario, el 99% de los gérmenes se encuentran en un ambiente donde hay “suciedad visible” y la finalidad de la limpieza regular es eliminar esa suciedad. La limpieza regular es necesaria para asegurarse de que el ambiente del hospital esté visiblemente limpio y sin polvo ni suciedad.

La limpieza debe como mínimo: a) Reducir la carga natural de gérmenes sobre las estructuras y superficies y b) Remover los contaminantes orgánicos e inorgánicos.

Ni el jabón ni los detergentes tienen actividad antimicrobiana y el proceso de limpieza depende fundamentalmente de la acción mecánica.

La limpieza garantiza una completa actividad germicida de los agentes desinfectantes debido a que la eliminación de la materia orgánica y suciedades presentes en los objetos después de su uso facilita la acción de los desinfectantes.

Bajo la supervisión del Comité de Control de Infecciones y de los departamentos de Epidemiología Hospitalaria, el área administrativa del hospital debe cumplir con las siguientes acciones:

- Cumplir las normas sobre técnicas de limpieza apropiada. El procedimiento, la frecuencia, los agentes empleados, etc., en cada tipo de habitación, desde la más contaminada hasta la más limpia.
- El proceso de limpieza se debe realizar de manera tal que evite la generación de aerosoles. Este proceso reduce significativamente la carga biológica ambiental.
- Cumplir con las normas para las diferentes etapas del manejo de los diferentes tipos de desechos generados en las instituciones (segregación en el lugar de origen, recolección, transporte y eliminación)
- Brindar capacitación apropiada e información de los riesgos que pueden correr en el puesto de trabajo a todos los nuevos trabajadores, haciendo especial hincapié en los de nuevo ingreso y actualizar sistemáticamente a todos los trabajadores (adiestramiento particular cuando se introduzca una nueva técnica)
- Cumplir con los métodos de limpieza y desinfección del mobiliario médico y no médico de una habitación, sala o servicio institucional.
- La limpieza **DEBE** preceder a la desinfección. Los elementos y las superficies no pueden desinfectarse si no se les limpia primero de la materia orgánica (excreciones, secreciones de los pacientes, suciedad, manchas, etc.). En caso de riesgo biológico deberá descontaminarse las superficies contaminadas con las soluciones en uso de las políticas de desinfección del Programa Local, previamente a la limpieza.

Limpieza del entorno paciente-atención

Las superficies horizontales de las salas/áreas de aislamiento, particularmente aquellas donde el paciente ha estado acostado y/o tocado con frecuencia, e inmediatamente alrededor de la cama del paciente, deben ser limpiados regularmente y luego del alta.

Para evitar la generación de aerosoles de patógenos de enfermedades respiratorias, se debe realizar una limpieza húmeda (paño húmedo). NO BARRER.

Durante la limpieza húmeda, las soluciones y el equipo de limpieza se contaminan rápidamente; cambie las soluciones de limpieza, los paños de limpieza y los trapos frecuentemente, de acuerdo con las políticas establecidas por el Programa Local de Control y Prevención de Infecciones.

El equipo usado para limpieza y desinfección debe limpiarse y secarse después de cada uso. Los trapos deben lavarse diariamente y secarse por completo antes de ser guardados o volver a usarse.

Limpie con un paño con desinfectante la camilla y las áreas circundantes después de haber sido usada por pacientes con confirmación o sospecha de estar infectados con Influenza A H1N1.

No rocíe con desinfectante las salas ocupadas o desocupadas. Ésta es una práctica potencialmente peligrosa sin beneficios comprobados para el control de enfermedades.

Los virus que causan la Influenza, entre ellos el Virus Influenza A (H1N1) pueden sobrevivir en el ambiente por períodos de tiempo variables (de horas a días), en dependencia de algunos factores ambientales, otros virus y bacterias que pueden causar enfermedades respiratorias son inactivados por una gran variedad de desinfectantes. La desinfección se realiza con medios físicos o químicos para eliminar microorganismos, pero no siempre actúan sobre las esporas. La carga biológica ambiental y los agentes infecciosos se pueden reducirse mediante la limpieza e inactivarse mediante el uso de desinfectantes hospitalarios estándar.

En algunos países (y en el nuestro también), las agencias reguladoras controlan los tipos de desinfectantes disponibles para uso hospitalario. Los desinfectantes hospitalarios más comunes incluyen: hipoclorito de

sodio, compuestos fenolicos, compuestos de amonio cuaternario, compuestos de peróxido, etc.

4. POLÍTICAS DE ANTISEPSIA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN.

Manos del personal asistente

Maniobra general y no crítica	Lavado social con agua y jabón
Maniobra semicrítica	Lavado higiénico con agua y jabón. Complementar con antiséptico: 1. Gluconato de Clorhexidina 4% diluido 1:40 en alcohol etílico 76% (para que quede al 0.5%) 2. Iodopovidona 7.5-10%. 3. Alcohol Iodado 0.5%
Maniobra critica	Lavado quirúrgico con Clorhexidina 4% secado posterior con servilletas estériles de un solo uso. Complementar con antiséptico. Lavado quirúrgico con agua y jabón. Complementar con antiséptico

Piel intacta de pacientes

<u>Campo quirúrgico, Disección venosa, Disección arterial, Corte, otros similares</u>

- Lavado quirúrgico con agua y jabón. Uso de antiséptico
- Gluconato de Clorhexidina 4% La concentración de uso es al 0.5% Diluir 1 mL. del producto en 40 mL.de etanol al 76%
- Iodopovidona 7.5% con 1% de Yodo disponible
- Etanol al 76%

<u>Punción venosa central, Punción arterial central.</u>

- Lavado de la piel con agua y jabón. Enjuague posterior
- Iodopovidona-7.5%, aplicar sobre la piel durante dos minutos
- Alcohol 76%, para arrastrar la Iodopovidona pasado los dos minutos

Cirugía neonatal de cualquier especialidad

- Lavado quirúrgico con agua y jabón. Uso de antiséptico
- Gluconato de Clorhexidina 4% La concentración de uso es al 0.5% Diluir 1 mL. del producto en 40 mL. de etanol al 76%
- Iodopovidona 7.5% con 1% de Yodo disponible
- Etanol al 76%

Asepsia de la piel en inyecciones intramusculares

- Desinfección por Frotado con Etanol al 76%

Asepsia del muñón umbilical del recién nacido en cateterización arterial o venosa

- Iodopovidona 7.5% con 1% de Yodo disponible
- Etanol al 76%

Mucosas y Cavidades

Asepsia de mucosa genital, bucal, Maxilo Facial, tejidos quemados

- Gluconato de Clorhexidina o Acetato de Clorhexidina al 0.01% en solución acuosa estéril

Asepsia de mucosa genital antes de tomar muestra para exudado microbiológico

- Iodopovidona 7.5% diluida al 0.01%. Diluir 1mL del producto en 1000 mL (1L) de agua destilada estéril

Desinfección de locales en áreas de riesgo y no-riesgo

Pisos, Paredes, Puertas y Ventanas Metálicas y No Metálicas: Limpieza Mecánica

Se realizará con agua y detergente, enjuague posterior hasta que el agua salga limpia

Desinfección de locales en áreas de riesgo solamente

Pisos, Paredes, Puertas y Ventanas Metálicas y No Metálicas:

Se realizara desinfección química (Utilizar frazadas limpias)

- Hipoclorito de sodio 10% diluido al 0.1% (100 ppm). Diluir 80 mL de hipoclorito en 8 L de agua
- Fenol 2%, Agentes fenolicos50% (Cresol, Lisol) quedando 20 mL del producto en 10L de agua.

- Sporexin Plus Detersonic (DS)80 mL. o cc del producto y diluir en 8 L de agua

Aire climatizado central (áreas cerradas) - Quirófanos (por indicación epidemiológica)

- Propilenglicol (aerolización) en proporción de 0.4 mL/m^3 de aire
- Formaldehído (aerolización) en proporción de 12.5 mL/m^3 de aire.
- Sporexin Plus DS (aerolización)

Aire climatizado por equipos acondicionados (áreas cerradas)
Unidad de Neonatología (por indicación epidemiológica)

- Propilenglicol (vaporización o aerolización) en proporción de 0.4 mL/m^3 de aire

Desinfección de mobiliario en áreas de riesgo

Mesas de quirófanos con operaciones en pacientes sin secreciones purulentas:
Limpieza Mecánica. Se realizará con agua y detergente, enjuague posterior hasta que el agua salga limpia

Mesas de quirófanos con operaciones en pacientes con secreciones purulentas:
Limpieza Mecánica. Se realizará con agua y detergente, enjuague posterior hasta que el agua salga limpia

- Fenol 2% + Nitrito de sodio 0.2%
- Hipoclorito de Sodio 10% diluido 0.5%(500ppm) Diluir 50 mL de hipoclorito en 1L de agua destilada+ Bicarbonato de sodio al 0.5%.
- Sporexin Plus Detersonic 20 mL. o cc del producto y diluir en 1 L de agua destilada o desionizada

Desinfección de mobiliario en áreas de riesgo y no-riesgo

Camas, sillas, bañaderas, mesas auxiliares, carros de cura, otros similares:

Con secreciones o sin secreciones

- ***Limpieza mecánica***

Con secreciones

- Hipoclorito de Sodio 10% diluido 0.5%(500ppm). Diluir 50 mL. de hipoclorito en 1L de agua destilada+ Bicarbonato de sodio al 0.5%.

- Sporexin Plus Detersonic 20 mL.o cc del producto y diluir en 1 L de agua destilada o desionizada

Bañeras, cuñas y patos, otros similares:
No contaminados
- Limpieza mecánica

Contaminados con secreciones
- Hipoclorito de Sodio 10% diluido 0.5%(500ppm) Diluir 50 mL de hipoclorito en 1L de agua destilada+ Bicarbonato de sodio al 0.5%.
- Sporexin Plus Detersonic 20 mL.o cc del producto y diluir en 1 L de agua destilada o desionizada

Cojines de aire, colchones, bastidores, similares afines:
No contaminados
- Limpieza mecánica

Contaminados con secreciones
- Hipoclorito de Sodio 10% diluido 0.5%(500ppm) Diluir 50 mL de hipoclorito en 1L de agua destilada+ Bicarbonato de sodio al 0.5%.
- Sporexin Plus Detersonic al 3% quedando 30 mL. del producto en 1L de agua destilada

Paños de Limpieza (paredes, ventanas, mobiliario) Frazadas de Piso:
- Hipoclorito de sodio 10% diluido al 0.1% (100ppm). Diluir 10 mL de hipoclorito en 1L de agua destilada

- Máquinas de anestesia, Ventiladores mecánicos (Desinfección de superficies no críticas)
- Hipoclorito de sodio 10% diluido al 0.1% (100 ppm). Diluir 10 mL de hipoclorito en 10 L de agua
- Sporexin Plus Detersonic 20 mL. o cc del producto y diluir en 1 L de agua destilada o desionizada

Circuitos, vía inspiratoria, vía espiratoria, tubos corrugados, trampas, conexiones, tubos en Y, nebulizadores, partes desmontables en general

Descontaminación
- Germicidin 0.1% Tomar 30 mL.del producto y completar a 1L de agua destilada
- Hipoclorito de sodio 10% diluido al 0.5% (500ppm). Diluir 50 mL de hipoclorito en 1L de agua destilada

Limpieza Mecánica

- ***Soluciones detergentes***

Esterilización

- ***Esterilización por Vapor a 121^0 C***
- Esterilización por Vapor a bajas temperaturas empleando Formaldehído
- ***Esterilización por Vapor a bajas temperaturas empleando Óxido de Etileno***
- ADASPOR Concentrado (ácido peracético estabilizado) 1:5 Diluir Solución A+B en recipiente plástico con 4 L de agua destilada
- ADASPOR Pronto (ácido peracético estabilizado) 1:5 Adicionar 5000 mL. (5L) de Solución B a recipiente plástico y añadir Solución A

<u>Ventiladores manuales, humidificadores, humidificadores- calentadores</u>

Descontaminación

- Germicidin 0.1% Tomar 30 mL. del Producto y completar a 1L de agua destilada
- Hipoclorito de sodio 10% diluido al 0.5% (500ppm). Diluir 50 mL de hipoclorito en 1L de agua destilada

Limpieza Mecánica

- Soluciones detergentes

Desinfección

- ***Ácido acético 2% en solución***
- Peróxido de hidrógeno 7.5% en solución

<u>Bombas y colectores conectados a Equipos de Aspiración</u>

Descontaminación

- Germicidin 0.1% Tomar 30 mL. del Producto y completar a 1L de agua destilada
- Hipoclorito de sodio 10% diluido al 0.5% (500ppm). Diluir 50 mL de hipoclorito en 1L de agua destilada

Limpieza Mecánica

- Soluciones detergentes

Desinfección

- ***Ácido acético 2% en solución***
- Peróxido de hidrógeno 7.5% en solución

Flumiter y Tiendas de Oxígeno

- Desinfección por Frotado con Etanol al 76%

Gomas de conexión a Equipos de Aspiración

- ***Esterilización por Vapor a 121^0 C***

Incubadoras, Cunas térmicas, Bacinetes, Cámaras de Hood

Descontaminación

- Hipoclorito de sodio 10% diluido al 0.5% (500ppm). Diluir 50 mL. de hipoclorito en 1L de agua destilada
- Hipoclorito de sodio 10% diluido al 0.1% (100ppm). Diluir 10 mL de hipoclorito en 1L de agua destilada

Limpieza Mecánica

- Soluciones detergentes

Desinfección

- Desinfección por Frotado con Etanol al 76%

Termómetros Orales

Limpieza Mecánica

Se realizará con agua y detergente, enjuague posterior hasta que el agua salga limpia.

Desinfección

- Desinfección por Frotado con Etanol al 76%

Termómetros Rectales

Descontaminación

- Germicidin 0.1% Tomar 30 mL. del Producto y completar a 1L de agua destilada
- Hipoclorito de sodio 10% diluido al 0.5% (500ppm). Diluir 50 mL de hipoclorito en 1L de agua destilada
- Sporexin Plus Detersonic 20 mL. o cc del producto y diluir en 1 L de agua destilada o desionizada

Limpieza Mecánica

Se realizará con agua y detergente, enjuague posterior hasta que el agua salga limpia.

Desinfección

- Desinfección por Frotado con Etanol al 76%

Estetoscopios

- Desinfección por Frotado con Etanol al 76%

Ampolletas (medicamentos)

- Desinfección por Frotado con Etanol al 76%

5. ACCIONES PARA LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL, LOS PACIENTES Y DE LOS ACOMPAÑANTES

Las Precauciones Estándar son precauciones **DE RUTINA** para el control de infección que deben aplicarse para **TODOS** los pacientes, en **TODOS** los entornos sanitarios.

Las Precauciones Estándar son precauciones básicas para el control de infección en la atención sanitaria. Tienen como objetivo minimizar la diseminación de la infección asociada con la atención sanitaria y evitar el contacto directo con sangre, fluidos corporales, secreciones y piel no intacta de los pacientes.

El riesgo de enfermedades infecciosas respiratorias emergentes hace que la promoción de las Precauciones Estándar sea más importante que nunca, y debe ser una prioridad en todos los Centros de Salud

INSTALACIONES PARA CONSULTA Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

1. HIGIENE RESPIRATORIA Y CONDUCTA AL TOSER Y ESTORNUDAR

Las personas con síntomas respiratorios deben aplicar las medidas de control siguientes:

- Cubrirse la nariz y la boca al toser/estornudar con un pañuelo descartable o nasobuco, eliminar los pañuelos descartables y nasobucos usados en los depósitos destinados para desechos biológicos y realizar higiene de las manos después del contacto con secreciones respiratorias.

Los centros de atención de la salud primaria y secundaria deben:

- Los pacientes que requieran evaluación para Influenza A H1N1, deben ser rápidamente atendidos por personal de clasificación que los conducirá a un área separada. Colocar a los pacientes con síntomas respiratorios febriles agudos por lo menos a 1 metro (3 pies) de otros en las áreas de espera comunes.
- A los pacientes se les proveerá de un nasobuco como medida de protección.
- Los miembros del personal involucrados en el proceso de clasificación deben usar nasobuco (de ser posible N95), usar guantes y lavarse las manos, antes y después del contacto con cualquier paciente sospechoso.
- Donde sea posible, los pacientes bajo investigación por Influenza A H1N1 deben estar separados de los casos probables.

2. Colocar alertas visuales en la entrada del centro de salud que enseñen a las personas con síntomas respiratorios a practicar higiene respiratoria / conducta al toser y estornudar.

- Considerar la posibilidad de que haya recursos para la higiene de las manos, pañuelos descartables y mascarillas disponibles en las áreas comunes y en las áreas usadas para la evaluación de los pacientes con enfermedades respiratorias.

3. **Ubicación del paciente**: en habitaciones individuales o cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico etiológico. Si no es posible un diagnóstico de la etiología, se debe agrupar a los pacientes con diagnóstico clínico similar y en base a los factores de riesgo epidemiológico, con una separación espacial de $\geq$ 1m.
4. Transporte de pacientes: limitar el traslado de pacientes; si es necesario moverlo el paciente debe usar una mascarilla médica fuera de su habitación. La transportación deberá ser lo mas rápida posible, para disminuir la exposición a otras personas, el personal que trabaja en el SIUM deberá tener los EPP y contar con un dispositivo para los desechos biológicos peligrosos que se generen en su interior, además de contar con las soluciones desinfectantes en uso para superficies. Cumplir con el lavado de las manos
5. **VISITAS FAMILIARES PROHIBIDAS.**
6. Uso de boquillas o bolsas de resucitación (durante la práctica de reanimación cardiopulmonar) debe tratarse con equipos mecánicos y **NUNCA** boca a boca.

PRECAUCIONES COMBINADAS BASADAS EN LA TRANSMISIÓN PARA CASOS DE INFLUENZA A H1N1

Además de la transmisión por microgotas grandes, algunos patógenos respiratorios [por ej., parainfluenza y virus sincitial respiratorio (RSV)] pueden ser transmitidos a través del contacto; particularmente la contaminación de las manos y la autoinoculación en la conjuntiva o la mucosa nasal. La transmisión por contacto también puede desempeñar un rol en las infecciones por SRAS e influenza A (H1N1). Las Precauciones de Contactos incluyen:

- **Equipos Protección Personal**: Ponérselos al ingresar al cuarto y quitárselos al salir
    - **Guantes**: se deben usar guantes limpios, no estériles, de látex y usarlos y desecharlos después de cada contacto con el paciente
    - **Bata:** Puede usarse SOBREBATAS descartables o una bata de tela lavable. Asegúrese de que las SOBREBATAS sean de la medida adecuada para cubrir completamente las áreas a proteger. Las SOBREBATAS deben usarse preferentemente una vez y luego colocarlas en un receptáculo para desechos **biológicos** o ropa para lavar, según corresponda, y se debe practicar higiene de las manos.

- **Equipamiento y ambiente**
    - El uso de estetoscopios, brazalete de presión sanguínea, termómetros, etc., deben ser individualizados para pacientes atendidos como sospechosos o confirmados.
    - Si es necesario compartir el equipamiento entre pacientes, se debe limpiar y desinfectar después del uso entre paciente y paciente.
    - Los trabajadores de la Salud deben evitar tocarse los ojos, la nariz, o la boca con sus manos con o sin guantes ya que podrían estar potencialmente contaminadas.
    - Evite contaminar las superficies ambientales que no están directamente relacionadas con la atención de los pacientes (por ej., manijas de puertas, interruptores de luz).

- Uso de NASOBUCO N95* para los trabajadores de la salud de atención de pacientes confirmados o sospechosos que estén en estudio y necesitaron estar ingresados**.**
- El personal debe usar guantes para entrar en la habitación, así como sobrebata para el contacto con el paciente o con superficies o materiales contaminados.

- Lavarse las manos antes y después del contacto con el paciente, de la colocación de los medios de protección y al abandonar la habitación.
- Adecuada limpieza, desinfección y esterilización de los equipos y del ambiente según corresponda (ver indicaciones de desinfección en este documento).

OTRAS CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE PACIENTES:

- Si no existiera un sistema de suministro de aire independiente, deben apagarse los aires acondicionados (climatizadores) y abrir las ventanas para garantizar una buena ventilación. Asegurarse que las ventanas abren hacia lugares alejados del público.
- Debe mantenerse la vigilancia por parte de la EVE y el Epidemiólogo del Hospital sobre el cumplimiento de las medidas para el control de las infecciones establecidas.
- Todo el personal, incluyendo el personal de limpieza y mantenimiento, debe ser instruido adecuadamente sobre las medidas de control de infecciones que no debe perder de vista y exigírsele que las cumpla, además de informarle de los riesgos ha que esta expuesto.
- Siempre que sea posible, debe utilizarse equipo desechable en la atención de los pacientes afectados por Influenza A H1N1 y ser eliminado adecuadamente según normas de manejo de desechos. Los materiales reutilizables deben ser esterilizados apropiadamente.
- Las superficies potencialmente contaminadas deben limpiarse con un desinfectante de amplio espectro y de probada actividad antiviral (hipoclorito de sodio al 0,5%;).
- Evitar procedimientos inductores de tos y esputo (aerosoles, broncoscopía, etc.) a menos que fuese imprescindible y en tal caso, realizarlos en lugares seleccionados y observando todas las precauciones establecidas.
- Todo el personal con acceso a la unidad de aislamiento debe usar Equipos de Protección Personal (EPP) consistentes en: nasobuco N95, un solo par de guantes, protección ocular (espejuelos) si se prevé posible salpicadura, sobrebata desechable o esterilizable. El personal con inmunocompromiso no debe realizar esta actividad
- La habitación debe ser limpiada por personal auxiliar usando los EPP anteriormente señalados y un desinfectante de amplio espectro con probada actividad antiviral (hipoclorito de sodio al 0,1%; lejía doméstica 5,2% diluida 1:50).

- La ropa de cama, ropa del paciente y ropas de protección del personal deben ser ensacadas dentro del área antes de ser enviada a lavandería, con la señalización de riesgo biológico.

* USO DE NASOBUCOS REUTILIZABLES ELABORADOS POR EL MINSAP. (tres capas entrecruzadas)

C. Para el todo el personal que labora en fronteras (aeropuertos, puertos y marinas), involucrados directamente en el flujo de entrada para la atención de viajeros, aeronaves o casos sospechosos.
D. Para el personal de salud vinculado a la atención médica de los pacientes sospechosos, en las unidades asistenciales definidas en cada provincia.
E. Para los pacientes sospechosos diagnosticados en las unidades asistenciales o de fronteras definidas en cada provincia. El paciente usará el nasobuco en todo momento, desde su recepción y durante el transporte, hasta ser ubicado en la habitación para su aislamiento definitivo
F. Para el personal que labora en la limpieza y desinfección de las áreas vinculadas a la atención de estos pacientes en las unidades asistenciales, así como para el personal técnico que realiza exámenes de laboratorio/RX/ECG/etc., a estos pacientes.
G. El uso de nasobucos para el personal en las instituciones de salud, se extenderá por periodos de 4 horas y al finalizar se entregaran los utilizados para el lavado, desinfección y esterilización según normas.
H. El uso de nasobucos para los trabajadores de fronteras será personal durante todo el turno de trabajo. Se orientará su cuidado, siendo responsabilidad individual proceder diariamente al final del trabajo al lavado con agua y jabón, así como hervir por 5 minutos.
I. Al colocar el nasobuco este deberá cubrir nariz y boca, ajustándolo para minimizar los espacios libres. Durante su uso, debemos evitar tocar el mismo y en caso de que se humedezca deberá cambiarse por uno limpio. Después de retirar el nasobuco es necesario, proceder al lavado de manos con agua y jabón.
J. Todo aquel que requiera el uso de nasobuco, deberá tener un entrenamiento previo sobre su uso.
K. El no cumplir con las indicaciones anteriores, hace que un nasobuco este mal utilizado, lo cual puede incrementar el riesgo de transmisión.

USO DE NASOBUCOS REUTILIZABLES ELABORADOS POR EL MINSAP EN LA POBLACION GENERAL.

1. El uso de nasobucos en la comunidad será personal, en esta etapa solamente se utilizara priorizando a los contactos de los enfermos

confirmados, siendo responsabilidad individual, el proceder diariamente al lavado con agua y jabón, así como hervir por 5 minutos.

2. Al colocar el nasobuco este deberá cubrir nariz y boca, ajustándolo para minimizar los espacios libres. Durante su uso, deberá evitar tocar el mismo y en caso de que se humedezca deberá cambiarse por uno limpio. Después de retirar el nasobuco es necesario, proceder al lavado de manos con agua y jabón.
3. Todo aquel que requiera el uso de nasobuco, deberá tener una información previa sobre su uso.
4. El no cumplir con las indicaciones anteriores, hace que un nasobuco este mal utilizado, lo cual puede incrementar el riesgo de transmisión.
5. Deberá educarse a la comunidad sobre el hábito de cubrir su boca y nariz con el nasobuco de tela, con un pañuelo o pedazo de tela, al hablar, toser o estornudar.

USO DE MÁSCARAS N95 EN LAS UNIDADES DE SALUD.

1. Para el personal de salud vinculado al diagnóstico y a la atención médica de los pacientes sospechosos, en las unidades asistenciales definidas en cada provincia.
2. Para el personal de salud en laboratorios de microbiología (toma de muestras a pacientes sospechosos y procesamiento de las mismas)
3. Los trabajadores de la salud antes mencionados usarán respiradores N95 (respirador con o sin válvula, respirador “pico de pato” u otros modelos).
4. Estos respiradores deben ser usados previo entrenamiento del personal, para lograr el ajuste adecuado del respirador, (la tenencia de barba es una limitante para un buen ajuste).
5. Una vez usado en presencia de un paciente confirmado, el respirador debe considerarse potencialmente contaminado con material infeccioso y debe evitarse tocar la superficie exterior del mismo sin guantes; el respirador debe retirarse y desechar, seguido por una adecuada higiene de las manos.

Consideraciones especiales:

- Los procedimientos generadores de aerosoles, tales como broncoscopía, aerosoles medicamentosos, inducción de esputos, aspiraciones de secreciones en vías respiratorias e intubación endotraqueal, no son recomendados o están limitados en estos pacientes. En caso necesario se requerirá de una protección respiratoria con nasobucos N95 para el personal de salud que realiza estos procederes.
- En algunos procedimientos invasivos, puede requerirse usar pantalla

facial sobre el nasobuco quirúrgico o respirador. En tal caso, al concluir el procedimiento y abandonar la habitación del paciente, la mascarilla debe ser desechada y la pantalla facial debe ser desinfectada y limpiada.

- Los respiradores N95 filtran el aire por mecanismos de presión negativa al inspirar, deben ser usados con precaución por trabajadores insuficiencia respiratoria, asma bronquial y afecciones cardiovasculares, etc. que pueda comprometer una ventilación pulmonar adecuada. La espiración requiere un esfuerzo adicional, por lo que aquellos respiradores que presentan válvula de exhalación son más cómodos y requieren menos esfuerzo.

6. RECOGIDA - MANEJO Y TRANSPORTE DE DESECHOS PELIGROSOS

El medio ambiente hospitalario constituye un componente a considerar en la transmisión de enfermedades, ya que en algunas oportunidades se ha vinculado con brotes de infección intrahospitalaria. Las normas hospitalarias deben especificar la frecuencia de la limpieza y los agentes empleados para las paredes, los pisos, ventanas, camas, cortinas, rejas, instalaciones fijas, muebles, baños y sanitarios y todos los dispositivos médicos reutilizados. Los métodos de limpieza deben ser apropiados para cada una de las diferentes áreas hospitalarias, porque no es igual el área de quirófano al área de la oficina de recursos humanos o administración por ejemplo.

El riesgo de contaminación de un área requiere de un nivel necesario de asepsia; se establecen cuatro zonas en el hospital según el riesgo que comportan:

- **Zona A:** Zona de poco riesgo; lugar sin ningún contacto con los pacientes. Limpieza doméstica normal.
- **Zona B:** Zona de riesgo moderado; lugar de cuidado de los pacientes no infectados ni muy vulnerables, áreas de consultas y hospitalización. Limpieza húmeda con un procedimiento que no levante polvo. Uso de detergentes mejora la calidad de la limpieza. Desinfectar cualquier zona con contaminación visible de sangre o secreciones antes de limpiarla.
- **Zona C:** Zona de alto riesgo o lugar de cuidado de pacientes infectados (salas de aislamiento). Debe limpiarse con una solución de detergente/desinfectante, equipo separado de limpieza para cada habitación.
- **Zona D:** Zona de muy alto riesgo o lugar de cuidado de pacientes sumamente vulnerables (aislamiento protector) o zonas protegidas

como el quirófano, la unidad de cuidados intensivos y la unidad de emergencia. Debe limpiarse con una solución de detergente/desinfectante y con equipo de limpieza separado.

Complementando el problema ambiental hospitalario, están los desechos hospitalarios y particularmente los infecciosos, que representan un gran riesgo tanto para los pacientes como para el personal de salud, porque su manipulación inadecuada puede contaminar la piel o las conjuntivas oculares, provocar heridas con objetos cortopunzantes, inhalar aerosoles infectados o ingerir en forma directa o indirecta el material contaminado. También es importante su manejo adecuado puesto que la disposición final de los mismos se hace en los sitios destinados para los desechos de la comunidad y pueden contaminar el ambiente si no son tratados adecuadamente.

Se denominan desechos hospitalarios a todos los materiales o sustancias generadas o producidas en los establecimientos hospitalarios, cualquiera sea su naturaleza u origen, destinadas al desuso o al abandono. Se clasifican en:

- Desechos generales o comunes (aproximadamente 80 %)
- Desechos peligrosos: infecciosos y (aproximadamente 15 %)
- Especiales (aproximadamente 5 %)

Disponer adecuadamente los desechos generados en las instituciones de salud es el conjunto de actividades desarrolladas desde el momento en que se generan los desechos hasta su tratamiento y disposición final; actividades que se pueden dividir en dos grandes etapas: manejo interno y manejo externo

Manejo Interno: son las operaciones que se realizan en el hospital para organizar y garantizar un manejo seguro de los desechos hospitalarios. Las operaciones del manejo interno son la generación, identificación , clasificación y segregación de los desechos en el lugar de origen. Recolección y almacenamiento primario, transporte interno y almacenamiento temporal con el control requerido.

Manejo Externo: son las acciones efectuadas fuera de la instalación hospitalaria en el tratamiento y la disposición final; que además involucra el traslado al exterior del hospital, cuando esté indicado. Las operaciones del manejo externo son: tratamiento, recolección y transporte externo, hasta la disposición final

CLASIFICACION DE LAS AREAS CRÍTICAS Y SEMICRITICAS

Esta clasificación es importante para definir los procedimientos dirigidos a impedir la llegada de microorganismos patógenos a un medio aséptico, o más precisamente a los procedimientos para impedir o prevenir la contaminación. Cada área crítica y semicrítica del hospital se le zonifica de acuerdo a la rigurosidad de las medidas de precaución para evitar que el área específica se contamine; así por ejemplo, el Quirófano, que es un área critica, tiene zonas restringidas, semirestringidas y no restringidas.

Esta clasificación es igualmente importante para planificar el flujo de las actividades de limpieza y desinfección y la movilización de desechos hospitalarios

Área Restringida: Riesgo máximo de contaminación del paciente sometido a intervenciones o a procedimientos de riesgo. En estas áreas es necesario aplicar el máximo rigor al cumplir las medidas de precaución y en donde la protección debe ser 100 por ciento eficaz (Salones de Operaciones, Unidades de Hemodinamia, Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Emergencias).

Área Semi-restringida: En esta área el potencial de contaminación es moderado, aunque también el rigor en la aplicación de las medidas de precaución y protección debe ser máximo (área aledaña a la entrada de quirófanos, áreas de estar del personal de quirófanos, Hemodinamia, Terapia, Emergencias).

Área sin restricción: Riesgo mínimo de contaminación (taquillas, baños, pasillos aledaños al salón de operaciones, áreas administrativas).

Normas que deben ser estrictamente cumplidas para garantizar una organización adecuada y eficiente de la disposición final de los desechos peligrosos:

1.- Cada institución debe elaborar SU “MANUAL PARA LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS” que establece las normas y procedimientos para el desarrollo de las operaciones del sistema de Organización Integral para la Limpieza y Manejo de Desechos en el Hospital.

2.- La Vicedirección Administrativa de las Instituciones de Salud es la encargada de ejecutar y hacer cumplir lo establecido en el “MANUAL PARA LIMPIEZA Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS”.

3.- El Comité de Infecciones del Hospital, el departamento de Epidemiología Hospitalaria y la **Comisión de Bioseguridad** participa activamente en la supervisión y revisión de las normas de limpieza y manejo de desechos

4.- El personal encargado de la limpieza y manejo de desechos hospitalarios debe cumplir estrictamente las normas de bioseguridad hospitalaria o conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgo laboral relacionado con la limpieza y manejo de desechos hospitalarios.

5.- Los procesos de limpieza y desinfección de las superficies hospitalarias se realizarán de acuerdo con lo establecido en los procedimientos para cada área de riesgo hospitalario descrito en el Manual del acápite 1 y en las Políticas de Desinfección Hospitalaria de los Programas Locales de Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.

6.- El personal que trabaja en las áreas de generación o unidades hospitalarias debe clasificar, separar o segregar los desechos de acuerdo con la clasificación establecida y cuidando no mezclar los diferentes tipos de desechos en los diferentes dispositivos destinados a este fin**,** hacerlo inmediatamente después de generados, no colocarlos en bolsas o recipientes provisionales y nunca arrojarlos al piso.

7.- El transporte de los desechos comunes desde las áreas y servicios que los generan al área de almacenamiento temporal definido, se realizará en carros de adecuados, paredes lisas para facilitar la limpieza, cerrados y debidamente identificados.

8.- Se definirá en el hospital las áreas que funcionarán como almacenamiento temporal primario o secundario para los desechos que deberán estar debidamente clasificado e identificado cuyo objetivo será almacenar por el tiempo establecido, los desechos en bolsas plásticas selladas y rotuladas provenientes del almacenamiento primario.

9.- Si no se dispone de técnicas para tratamiento de los desechos generados (ej. incinerador), se debe realizar las coordinaciones pertinentes para la realización de esta etapa, y para su traslado hacia el lugar de disposición final se deberá llevar en un transporte con los requerimientos necesario de los organismos encargados de disponer de forma definitiva y sanitaria los desechos generados por la institución.

LIMPIEZA DE FÓMITES:

El lavado debe ser siempre el paso previo indispensable para cualquier material que requiera una desinfección o esterilización.

Un lavado con profundidad para su posterior uso es suficiente en los siguientes artículos: colchones antiescaras, colchonetas, camillas, monitores, bombas de perfusión y aparatajes, sillas de ruedas, palanganas de lavar enfermos, vajilla, etc.

7. AISLAMIENTO HOSPITALARIO

Las enfermedades se agrupan de acuerdo a la forma de transmisión predominante y las medidas de aislamiento se aplican de igual forma a todo el grupo de enfermedades que tienen la misma vía de transmisión. Existen cinco categorías: estricto, contacto, respiratorio, secreciones y entéricas, Cada categoría tiene distintos requisitos respecto a la necesidad de uso de guantes, nasobuco, sobrebata, habitación individual y manejo especial del aire en la habitación del paciente.

Los sistemas de aislamiento se han diseñado para prevenir la transmisión de microorganismos entre un paciente y otro o entre pacientes y el personal, fundamentalmente interrumpiendo la vía de transmisión de los microorganismos.

Los procedimientos de aislamiento son la manera más efectiva de detener la diseminación de una infección. En nuestro medio, las medidas de prevención para el manejo de posibles pacientes con enfermedad de tipo respiratorio, se realizará tomando en cuenta las Precauciones Estándar y una combinación de Precauciones por Gotas y por Contacto suplementadas con algún elemento de Precaución para Vía Aérea (ventilación, protección respiratoria, mascarilla N95):

PRECAUCIONES ESTANDAR:

El contacto con piel no intacta o mucosas, con sangre y otros líquidos de Precaución Universal se considera potencialmente infectantes, por lo que se debe usar medidas protectoras con el objetivo de minimizar la diseminación de infección asociada con la atención sanitaria. El lavado de las manos es la medida más importante de prevención de la transmisión de esta y otras infecciones. Las Precauciones Estándar tienen una importancia crítica para el control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria y toma en cuenta los siguientes aspectos:

- Higiene de las manos

- Equipo Protección Personal sobre la base de la evaluación de riesgos
    - Guantes
    - Protección del rostro
    - SOBREBATAS
- Higiene respiratoria/ conducta al toser y estornudar.
- Controles ambientales: limpieza y desinfección
- Limpieza del entorno paciente-atención
    - Equipamiento para la atención de los pacientes
    - Vajilla y utensilios para comer
    - Ropa blanca y ropa para lavar
    - Manejo de desechos
    - Embalaje y transporte del equipo para al cuidado de pacientes, ropa blanca y ropa para lavar y desechos desde las áreas de aislamiento
- Prevención de pinchadura con agujas/lesiones con objetos cortantes

PRECAUCIÓN CONTRA MICROGOTAS

Los patógenos respiratorios que son transmitidos a través de microgotas grandes incluyen adenovirus, influenza humana, SRAS e influenza aviar A (H5N1). Las infecciones por adenovirus son más comunes en niños, y la influenza y el SRAS pueden infectar tanto a adultos como a niños.

Durante una pandemia de influenza, se espera que el virus humano circulante sea transmitido de la misma forma que los virus de la influenza estacional, y por lo tanto se deben aplicar las Precauciones contra Microgota además de las Precauciones Estándar.

Las Precauciones contra Microgotas incluyen:

- Usar medios de protección individuales / técnicas de barrera, tales como uniformes (pijama quirúrgico), sobrebatas, nasobuco y guantes.

- Si el procedimiento a realizar y tipo de exposición prevista implica el riesgo de salpicaduras, protección ocular

- **Equipo Protección Personal**: Uso de un nasobuco médico si se trabaja dentro de un radio de 1 m alrededor del paciente. Para fines prácticos, se aconseja el uso de un nasobuco médico cuando se ingresa a la habitación de un paciente.

- **Ubicación del paciente**: en habitaciones individuales o cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico etiológico. Si no es posible un diagnóstico de la etiología, se debe agrupar a los pacientes con diagnóstico clínico similar y en base a los factores de riesgo epidemiológico, con una separación espacial mayor de 1m. No se requerirá habitación individual si se prevé que existirá separación de más de un metro entre pacientes y se puede asegurar que los pacientes no compartirán objetos

- **Transporte de pacientes**: Debe imitarse al mínimo el traslado de pacientes intra y extrainstitucionales; el paciente debe usar un nasobuco médico fuera de su habitación o cuando se traslade.

PRECAUCIONES DE CONTACTO

Además de la transmisión por microgotas grandes, algunos patógenos respiratorios (ej., *Clostridium difficile*, herpes simples neonatal, rotavirus, parainfluenza y virus sincitial respiratorio) pueden ser transmitidos a través del contacto; particularmente por la contaminación de las manos y la autoinoculación en la conjuntiva o la mucosa nasal. La transmisión por contacto también puede desempeñar un rol importante en las infecciones por SRAS y influenza aviar A (H5N1).

Las Precauciones de Contactos incluyen:

Equipo Protección Personal: Colocárselo al ingresar al cuarto y quitárselo al salir.

- **Guantes:** se deben usar guantes limpios, no estériles, de látex. Usarlos y desecharlos después de cada contacto con el paciente
- Puede usarse una sobrebata desechable o una bata de tela lavable. Asegúrese de que las SOBREBATAS sean de la medida adecuada para cubrir completamente las áreas a proteger y cerrarlas por la parte trasera.
- Las SOBREBATAS deben usarse preferentemente una vez y luego colocarlas en un receptáculo para desechos o ropa para lavar identificándolo como riesgo biológico**,** según corresponda, y se debe practicar higiene de las manos.
- Usar delantales sólo cuando la bata es permeable para reducir la penetración de fluidos. No se los debe usar solos para prevenir la contaminación por contacto.
-

Equipamiento y ambiente

- Si es posible, usar equipamiento desechable
- Asigne equipamientos, como estetoscopios, brazalete de presión sanguínea, termómetros, etc., para individualizar a los pacientes a los que se aplican las Precauciones de Contactos.
- Si es necesario compartir el equipamiento entre pacientes, se lo debe limpiar y desinfectar después del uso con cada paciente.
- Los trabajadores de la salud deben evitar tocarse los ojos, la nariz, o la boca con sus manos con o sin guantes ya que podrían estar potencialmente contaminadas.
- Evite contaminar las superficies ambientales que no están directamente relacionadas con la atención de los pacientes (por ej., manijas de puertas, interruptores de luz).

Ubicación de los pacientes: usar habitaciones individuales o formar cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico etiológico puede facilitar la aplicación de medidas de control de infección.

Transporte de pacientes: Debe imitarse al mínimo el traslado de pacientes intra y extrainstitucionales; se debe minimizar el contacto con otras personas no infectadas.

PRECAUCIONES PARA EL CONTROL DE INFECCIÓN PARA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL AIRE

Para los patógenos transmitidos por el aire, se deben agregar las siguientes medidas a las Precauciones Estándar:

Equipo Protección Personal: Al ingresar a la sala / al área de aislamiento o al atender a un paciente con una infección transmitida por aire obligada / preferencial en otros entornos, use un respirador para partículas que alcance como mínimo el nivel de protección de un N95 o equivalente.

Ubicación de pacientes:

- Coloque al paciente en una sala de prevención para la transmisión aérea (es una "sala de prevención de la transmisión aérea" una habitación con ≥ 12 ACH (12 o más intercambios de aire total por hora) y dirección de flujo de aire deseada, la cual puede lograrse con ventilación mecánica o natural.

- Si no hay disponibilidad de una sala de aislamiento ventilada, ubique a los pacientes en habitaciones separadas bien ventiladas.
- Si no se dispone de habitaciones individuales, forme cohortes de pacientes de acuerdo con el mismo diagnóstico etiológico en lugares bien ventilados.
- Los procedimientos que generan aerosoles con transmisión de patógenos deben realizarse usando el Equipo Protección Personal apropiado en una sala de prevención de la transmisión aérea.

Transporte de pacientes: Debe imitarse al mínimo el traslado de pacientes intra y extrainstitucionales; el paciente debe usar un nasobuco médico fuera de su habitación o cuando se traslade.

PRECAUCIONES PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES QUE PUEDEN TRANSMITIRSE EN FORMA OPORTUNISTA A TRAVÉS DE NÚCLEOS DE MICROGOTAS

Para la mayoría de estas enfermedades, se deben agregar las Precauciones contra Microgotas a las Precauciones Estándar y se deben tomar medidas especiales con respecto a la ventilación de las salas y del Equipo Protección Personal durante los procedimientos que generan aerosoles asociados con la transmisión de patógenos. La enfermedad que puede transmitirse por vía aérea, requiere que el paciente se hospitalice en habitación individual con presión de aire negativa. Las personas susceptibles deben abstenerse de entrar a la habitación o, en su defecto, deberán usar nasobuco (preferiblemente N95) para entrar a la habitación. Ejemplos enfermedad: varicela, herpes zoster diseminado, sarampión o tuberculosis.

Equipo Protección Personal:

- Como mínimo, use un nasobuco médico (quirúrgica o nasobuco de procedimientos) bien ajustada, al ingresar a la habitación del paciente; el uso de máscara es obligatorio si se trabaja a ≤ 1 m del paciente.

- Cuando realice procedimientos que generan aerosoles asociados con transmisión de patógenos, use un respirador para partículas que alcance como mínimo un nivel de protección de un N95 certificado o equivalente, guantes, bata y protección ocular (gafas protectoras).

Ubicación de los pacientes:

- Las salas de prevención de la transmisión aérea no son obligatorias. Si están disponibles, deben ser priorizadas para pacientes con enfermedades transmitidas por el aire.
- Si es posible se deben usar habitaciones individuales; si no se dispone de ellas, se pueden formar cohortes de acuerdo con el diagnóstico etiológico. Si el diagnóstico etiológico no es posible, ubique a los pacientes de manera de que estén a > 1 m de separación entre sí;
- Lo procedimientos que generan aerosoles asociados con la transmisión de patógenos deben realizarse en habitaciones individuales bien ventiladas.

Transporte de pacientes: Debe imitarse al mínimo el traslado de pacientes intra y extrainstitucionales; el paciente debe usar un nasobuco médico fuera de su habitación o cuando se traslade.

Tipos de Aislamiento y Requerimientos

Tipo de Aislamiento	**REQUERIMIENTOS**				
	Habitación individual	Nasobuco(1)	Sobrebata(1)	Guantes(1)	Lavado de Manos
Estricto	SI (2)	SI	SI	SI	SI
Contacto	Si (2)	SI (3)	SI (3)	SI (3)	SI (3)
Respiratorio	**SI (4)**	**SI (3)**	**SI (3)**	**SI (3)**	**SI (3)**
TB	SI (2)	NO	NO	NO	SI (3)
Enterico	NO (4)	NO	NO	SI (3)	SI (3)
Secreción-Excreción	NO	NO	NO	SI (3)	SI (3)
Sangre y Fluidos Corporales	SI (4)	NO	SI (3)	SI (3)	SI (3)

(1) Los artículos contaminados se empacan y rotulan **Riesgo Biológico** antes de desecharse o esterilizarse.

(2) En general los pacientes infectados con el mismo agente pueden compartir las habitaciones o cubículos.

(3) **Nasobuco** sólo si contacto íntimo con el paciente, **sobrebata** si posibilidad de contaminarse la ropa y **guantes** si hay manipulación de material infectivo.

(4) Si la higiene del paciente es deficiente.

Precauciones para el control de infección para los trabajadores y proveedores de cuidados a pacientes con ERA de acuerdo a una muestra de patógenos

Patógeno		Sin patógeno identificado, ningún factor de riesgo de ERA de potencial preocupación (es decir, enfermedad similar a la influenza sin factor de riesgo de ERA de potencial preocupación)	Patógeno					
			ERA bacteriana	Parainfluenza RSV & adenovirus	Virus de la influenza con transmisión sostenida de humano a humano (por ej., influenza estacional, influenza pandémica)	Nuevo virus de la influenza sin transmisión sostenida de humano a humano (por ej., influenza aviar)	SRAS	Organismos nuevos que causan ERA
Higiene de las manos		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Guantes		Evaluación de riesgos	Evaluación de riesgos	Sí	Evaluación de riesgos	Sí	Sí	Sí
Bata		Evaluación de riesgos	Evaluación de riesgos	Sí	Evaluación de riesgos	Sí	Sí	Sí
Protección ocular		Evaluación de riesgos	Evaluación de riesgos	Evaluación de riesgos	Evaluación de riesgos	Sí	Sí	Sí
Mascarillas de tipo quirúrgico para los TS y proveedores de atención		Sí	Evaluación de riesgos	Sí	Sí	Sí	Sí	No como rutina
Respirador para partículas para los TS y proveedores de cuidados	Para ingreso a la habitación	No	No	No	No	No como rutina	No como rutina	Sí
	A 1 m del paciente	No	No	No	No	No como rutina	No como rutina	Sí
	Para procedimientos que generan aerosoles	Sí	No como rutina	No como rutina	Sí	Sí	Sí	Sí
Mascarillas de tipo quirúrgico en pacientes fuera del las áreas de aislamiento		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Habitación individual		Sí, si hay disponibilidad	No	Sí, si hay disponibilidad	Sí, si hay disponibilidad	Sí	Sí	
Sala de precaución para transmisión aérea		No	No	No	No	No, como rutina	No, como rutina	Sí
Resumen de precauciones para el control de infección para la atención de rutina del paciente, excluyendo procedimientos que generan aerosoles		Precauciones Standard más las de Microgotas	Precauciones Standard	Precauciones Standard más las de Microgotas más de Contacto	Precauciones Standard más las de Microgotas	Precauciones Standard más las de Contacto	Precauciones Standard más las de Microgotas más las de Contacto	Precauciones Standard más las de Transmisión Aérea más de Contacto

ANEXO 34
ORGANIZACIÓN DEL TRASLADO DE CASOS SOSPECHOSOS DE INFLUENZA A H1 N1. Y MEDIDAS EN AMBULANCIAS.

Los centros provinciales de urgencias médicas definirán en la **fase pre-epidémica** la cantidad de móviles que efectuarán los traslados y garantizará todos los aseguramientos médicos, higiénicos, y de protección, así como la logística desde el punto de vista técnico que permita asegurar todo el tiempo las actividades asistenciales.
El centro coordinador provincial debe tener definido los móviles que participan en el traslado de pacientes, con tripulaciones fijas y con los medios establecidos por normas de higiene y epidemiología, los mismos no ejecutarán otras actividades asistenciales.
El centro coordinador será el máximo responsable de todas las coordinaciones a realizar desde los centros asistenciales de primera atención que soliciten la demanda hasta la unidad de cuidados definitivos de los pacientes.
En la **fase epidémica**, serán traslados en ambulancias del SIUM hacia los hospitales, solo los casos severos que requieran atención especializada.

Medios de protección para el personal de ambulancias:

- Nasobucos. (para la tripulación e individualizados) así como para pacientes.
- Guantes.
- Batas sanitarias.
- Desinfección del salón medico con agua y jabón.
- Soluciones desinfectante para el lavado de las manos, y desinfección del móvil
- No utilizar el aire acondicionado de las ambulancias, abrir ventanas y escotillas, para lograr ventilación natural.
- Realizar al finalizar los procesos de atención durante el día mecánica y química del salón médico de las ambulancias.

Medidas para los medios y equipamientos:

- De ser necesario el apoyo ventilatorio del paciente durante su traslado deben tomarse todas las medidas establecidas para el cambio de las tubuladuras de los ventiladores y desinfección del equipo.
- Cambio de tenedores nasales o de caretas para la oxigenación en casos de ser usados y desecharlos.

ANEXO 35
DATOS A INFORMAR EN EL PARTE DIARIO A TRAVÉS DE LAS UATS PROVINCIALES A LA UATS NACIONAL.

- Número de atenciones de Infección Respiratoria Aguda (IRA) por grupos de edades:_____
- Número de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) por grupos de edades: _____
- Número de muestras obtenidas para diagnóstico virológico de IRA e IRAG:_____
- Número de conglomerados detectados:_____
- **Número de casos en conglomerados:** _____
- Número de camas disponibles:_____
- Número de camas ocupadas:_____

Vuelos y total de viajeros arribados por provincias con aeropuertos, marinas y puertos internacionales.

Aeropuertos:

País	**# VUELOS**	**Total de viajeros**	**# Casos Sospechosos detectados**
México			
EE.UU.			
Canadá			
España			
Panamá			
Otros			
Total			

MARINAS Y PUERTOS

País	**# Embarcaciones**	**Total de viajeros**	**# Casos Sospechosos**
México			
EE.UU.			
Canadá			
España			
Panamá			
Otros			
Total			

Casos sospechosos remitidos (detectados en las marinas, puertos y aeropuertos)					
Nombre y Apellidos	Edad	Nacionalidad	País de procedencia	Fecha de arribo	Sintomatología

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VAIAJEROS

País.	VIAJEROS	No.
México	Total de Viajeros	
	# Controlados	
	# sospechosos	
EE.UU.	Total de Viajeros	
	# Controlados	
	# sospechosos	
Cañada	Total de Viajeros	
	# Controlados	
	# sospechosos	
España	Total de Viajeros	
	# Controlados	
	# sospechosos	
Otros	Total de Viajeros	
	# Controlados	
	# sospechosos	

Casos sospechosos remitidos (detectados en la Vigilancia de Viajeros)					
Nombre y Apellidos	Edad	Nacionalidad	País de procedencia	Fecha de arribo	Sintomatología

Dificultades:_____
_____
_____
_____
_____

Incidencias y Observaciones
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____