**Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.)**

**Pautas de vacunación 2012 y Lineamientos de prevención y control de influenza**

**1.    Vacuna a utilizar:**

**Vacuna antigripal activada (virus fraccionados), que contienen antígeno (propagados en huevos embrionados) equivalentes a los siguientes tipos y subtipos:**

**Cepa de tipo A/ Califórnia/7/2009 (H1N1): A Califórnia/7/2009NYMCX-181;**

**Cepa tipo A/PERTH/16/2009(H3N2): A/Victoria/210/2009NYMCX-187;**

**Cepa de tipo B/Brisbane/60/2008.**

**Esta vacuna cumple con las cepas recomendadas por OMS (hemisferio norte) para la estación 2011/2012.**

**2.    Presentación:**

**  Frasco multidosis de 5 ml para 10 dosis.**

**  Frasco multidosis de 5 ml para 20 dosis.**

**3.    Dosificación:**

**Niños hasta 9 años de edad 0,25 ml.**

**De 10 años y más 0,5 ml.**

**Considerando que no hubo cambios antigénico en las proteínas de las cepas utilizadas para la conformación de la vacuna actual con las utilizadas en la vacuna de la temporada anterior, reconociendo que la misma se uso en el país hasta diciembre de 2011y que la inmunidad ofrecida por la vacuna es de corta duración (un año), las personas vacunadas con cepa 2010- 2011 no serán nuevamente vacunadas hasta que hayan cumplido por lo menos un año de la aplicación de la vacuna; especialmente si no pertenecen a los grupos de riesgo.**

**4.    Población Objetivo:**

**  Niños y niñas de 6 a 35meses.**

**  Personas de 60 años y mas concentrados institucionalmente.**

**  Grupos de riesgo:**

**o   De 1 a 9 años inmunosuprimidos.**

**o   Enfermos crónicos de 10 a 59 años: Asma, EBPOC, Cardiopatía, Diabetes, Enfermedad Hepática Crónica, Obesidad, VIH-SIDA, Tuberculosis, Oncológicos, Transplantados, Enfermos Renales Crónicos.**

**o   Embarazadas.**

**5.    Ámbito de ejecución:**

**Territorio Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.**

**6.    Sistema de información:**

**Garantizar información oportuna y de calidad que permita realizar ajustes y correcciones a las estrategias de vacunación utilizadas para lograr el cumplimiento de las metas de vacunación.**

**  Flujo de la información:**

**Ascendente según lo establecido actualmente para la vacunación de rutina.**

**  Frecuencia de la información**

**Mensualmente por niveles, siguiendo las normas del sistema de información de vacunación de rutina.**

**7.    Estrategias de vacunación**

**Continuar con actividades de capacitación al personal de enfermería de las consultas especializadas de enfermos crónicos y consultas pre natales en la vacunación estacional, con el fin de ejecutar las vacunaciones y obtener la cobertura total de las embarazadas y/o enfermos crónicos registrados.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Población a vacunar** | **Tácticas de vacunación a utilizar** |
| **Niños y niñas de 6 a 11meses.** | **  Puestos fijos en consultas de control de niños sanos.**  **  Captación en puestos de vacunación permanentes en establecimientos de salud.**  **  Por concentración en guarderías y hogares de cuidados maternales.**  **  Por canalización a los puestos fijos con la participación de los concejos comunales y/o comités de salud.** |
| **De 1 a 9 años inmunosuprimidos** | **  Puestos fijos en consultas especializadas.**  **  Captación en puestos de vacunación permanentes en establecimientos de salud.**  **  Por canalización a los puestos fijos con la participación de los concejos comunales y/o comités de salud.** |
| **Enfermos crónicos de 10 a 59 años.** | **  Puestos fijos en consultas especializadas.**  **  Por canalización por parte de las clínicas privada al centro de vacunación mas cercano a su domicilio.** |
| **Personas de 60 años y mas concentrados institucionalmente** | **  Vacunación contra listado al 100% de los adultos mayores institucionalizados.** |
| **Embarazadas** | **  Puesto fijo en la consulta prenatal.**  **  Por canalización por parte de las clínicas privadas al centro de vacunación mas cercano a su domicilio.**  **  Por canalización por parte de los comités de salud y concejos comunales.** |

**8.    Vigilancia de ESAVI.**

**Durante la vacunación la vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI) es de especial importancia, así como mantener las normas establecidas por la dirección de inmunizaciones, es por esto que resaltamos que las reacciones más frecuentes de la vacunación con antiinfluenza estacional trivalente son las locales: como dolor en el sitio de inoculación las cuales generalmente son moderadas y no interfieren con la actividad diaria además de no extenderse por más de dos días, las sistémicas como fiebre, malestar y mialgias comienzan de 6 a 12 horas después de la vacunación y pueden persistir por 1 o 2 días, están afectan generalmente a personas con la primera vacunación en este sentido; es necesario mantener una vigilancia activa y es por ello que se debe monitorear:**

** Los eventos severos (aquellos que requieren hospitalización, que amenacen la vida, causan discapacidad, muerte).**

** Nuevos eventos**

** Rumores**

** Eventos que ocurren en grupos poblacionales y**

** Errores programáticos.**

**La disponibilidad de un Comité de crisis es de vital importancia para garantizar los registros, investigación y clasificación de acuerdo a los lineamientos de vacunación segura del protocolo de ESAVI del país y la elaboración del informe final. Aquellos estados que no hayan reactivado el comité de crisis es de vital importancia que los reactiven para manejar cualquier situación de alerta que se pueda presentar por la vacunación.**

**  En situación de casos sospechosos o confirmados.**

**Es necesario orientar a la población que el período de incubación de esta infección es breve (1 a 4 días) motivo por el cual no es recomendable la vacunación para control de brotes ya que la inmunidad de la vacunación comienza a partir del 10ª día.**

**Por lo antes expuesto es necesario:**

**  Iniciar las actividades según pautas de vigilancia epidemiológica para control de brote.**

**  No vacunar:**

**1.    Personas sintomáticas**

**2.    Menores de 6 meses**

**3.    Personas recibiendo tratamiento antiretroviral.**

**  Revisión de coberturas de vacunación Pandémica a estados que disponen de este biológico.**

**  Revisión de coberturas de vacunación Antiinfluenza estacional en los grupos objetos del programa.**

**====================================================**

**La OMS promueve la erradicación de falsos estereotipos sobre las vacunas**

***La Semana de la Inmunización se celebrará en 190 países***

***Material cortesía Sociedad Venezolana de Salud Publica (SVSP)***

***Propósito Académico***

***Responsable difusor; Jorge Eliecer Andrade***

**"Protege al mundo, vacúnate", es el lema elegido este año por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conmemorar la Semana de la Inmunización con el objetivo de acabar con los falsos estereotipos e ideas equivocadas respecto a la vacunación.**

**La Semana de la Inmunización se celebrará en 190 países del 20 al 27 de abril. En los últimos años se han producido graves brotes de sarampión en varios países europeos (Francia, España, Italia o Gran Bretaña) a causa de casos importados de esta enfermedad rápidamente transmitidos por niños y adultos no inmunizados.**

**Asimismo, la lucha por erradicar la polio en el mundo se enfrenta al hecho de que entre las comunidades islámicas radicales de Afganistán, Nigeria y Pakistán -los únicos países donde la enfermedad aún es endémica- se oponen violentamente a los procesos de inmunización.**

**Estos dos casos son ejemplos de como dos concepciones erróneas sobre la inmunización -el hecho de que en los países desarrollados se está a salvo de determinadas enfermedades o que ciertas vacunas tienen efectos secundarios graves- pueden poner en peligro a toda la población mundial.  
"En algunas partes del mundo, la complacencia sobre la inmunización ha llevado a agujeros en la cobertura de inmunización. Y cuando hay agujeros, los brotes aparecen", señaló Geeta Rao Gupta, directora ejecutiva de Unicef, citada en un comunicado.**

**"El problema en Europea es grave y las autoridades deberían tomar conciencia de ello. De hecho estaba previsto la total erradicación del sarampión en 2010 y ahora ese objetivo se ha pospuesto hasta 2015", explicó en rueda de prensa Jean-Marie Okwo-Bele, director de inmunización de la OMS.**

**"Además, se ha constatado que la mayoría de los casos de sarampión detectados en las Américas son casos importados de Europa", agregó Okwo-Bele.**

**Con respecto a la polio, el doctor Okwo-Bele lamentó los casos de asesinatos y violencia contra las personas que trabajan en los procesos de inmunización, pero al mismo tiempo, se congratuló del camino recorrido hasta la fecha.**

**"En 2012, hubo 223 casos de polio, un 66 por ciento menos que en 2011", aseguró.**

**Es por eso, que la OMS y sus socios, Unicef, la Alianza Mundial para la Inmunización y la Vacunación (GAVI), y la Fundación Bill y Melinda Gates han decidido dar un grito de alarma y alertar no sólo sobre la necesidad de incrementar los fondos y los esfuerzos para seguir inmunizando, sino también luchar contra las ideas falsas entorno a las vacunas.**

**La OMS ha incluso editado un documento donde se detallan diez "ideas falsas" sobre la inmunización.**

**Asimismo, los socios recuerdan que gracias a la inmunización se evitan entre 2 y 3 millones de muertes de niños cada año.**

**Con el esfuerzo realizado, el 80 por ciento de los niños en el mundo son inmunizados correctamente con todas las vacunas "del calendario de rutina", aquellas que son totalmente necesarias para todo el mundo.**

**Ello significa que un 20 por ciento de los niños -o 22 millones de menores- no las obtienen y corren el peligro de enfermar gravemente o incluso morir por esta causa.**

**"La mayoría de este 20 por ciento se concentra en África, aunque hay países como Indonesia, que aunque tienen un buen sistema, aún les queda mucho camino por recorrer", explicó Okkkwo-Bele.**

**Por su parte, la ONG Médicos sin Fronteras lamentó en un comunicado sobre la Semana de la Inmunización que una razón para que haya 22 millones de niños sin inmunizar es el alto costo de las vacunas y solicitó a los fabricantes que reduzcan radicalmente su precio.**

**Asimismo, la entidad lamenta que no se invierta suficiente en crear y producir vacunas que se adapten a las condiciones de clima y accesibilidad de los países en desarrollo.**

**Mitos y falsas ideas sobre vacunas**

***Abril 2011***

**1.- Las enfermedades desaparecieron antes de que se introdujeran las vacunas debido a las mejoras higiénicas y sanitarias**

**Evidentemente, las mejoras en las condiciones higiénicas y sanitarias de un país contribuyen a disminuir la aparición de determinadas enfermedades y a que las personas enfermas puedan recuperar la salud más rápidamente y con menores secuelas.Sin embargo hay tres datos que quizá nos ayuden a entender mejor las cosas:**

**  Aunque la mayoría de las enfermedades prevenibles se presentan de forma cíclica (años con menos casos y años con más casos), la introducción de la vacunación masiva ha señalado un punto de inflexión en el que disminuyen espectacularmente los casos de enfermedad.**

**  Los casos de enfermedades en las que se ha introducido recientemente la vacunación (haemóphilus influenzae tipo b, meningococo c) han disminuido drásticamente y no podemos pensar que en los últimos 10 años ha cambiado mucho la situación en España.**

**  En aquellos países en los que disminuyó la tasa de vacunación de tos ferina (como ocurrió en Japón o en Suecia), aumentó alarmantemente el número de casos de tos ferina y, lo que es más grave, el número de fallecimientos y secuelas neurológicas por esta enfermedad.**

**2.- Las vacunas causan efectos indeseables, enfermedades e incluso la muerte**

**Las vacunas en la actualidad son muy seguras y el número de efectos secundarios de importancia es muy pequeño y, si lo comparamos con el beneficio que producen, podemos decir que este riesgo es desdeñable.**

**Sirva como ejemplo la vacuna frente a la Difteria, el Tétanos y la Tos ferina. La vacunación puede provocar una encefalitis (en la mayor parte de los casos leve) en un niño de cada 1.000.000 de niños vacunados. Padecer cualquiera de las tres enfermedades puede ocasionar la muerte en 1 de cada 200 niños y producir una encefalitis (muchas veces grave e invalidante) en uno de cada 20 niños que la padezcan.**

**Una de las informaciones más alarmantes para los padres es aquella que, hace unos años, saltó a los medios de comunicación indicando que podía haber una relación entre la vacunación DTP y la muerte súbita del lactante. Estudios serios a largo plazo han demostrado que esta relación era sólo una coincidencia en el tiempo (la misma relación que habría con el hecho de que el niño hubiera tomado leche o haber salido a la calle).**

**España, uno de los países con tasas de vacunación más altas en todo el mundo, es, sin embargo, uno de los países con menos casos de síndrome de muerte súbita del lactante.**

**3.- Algunas vacunas pueden causar autismo y otras enfermedades raras**

**Algunos grupos de personas que se agrupan bajo la denominación de “Grupos para la Libertad Vacunal” señalan que las vacunas son responsables de las más diversas alteraciones como el autismo infantil, el aumento de casos de cáncer, la leucemia, la esclerosis múltiple, esterilidad, enfermedad de Alzheimer, y una larguísima lista de graves enfermedades.**

**Todas estas afirmaciones se basan en la siguiente premisa: “desde la introducción de los programas de vacunación masiva se diagnostican más casos de todas estas enfermedades”.**

**Lo único cierto es que no hay ninguna prueba hoy en día que relacione la vacunación con estas enfermedades.**

**Hay que saber que:**

**  Muchas de las enfermedades supuestamente relacionadas con la vacunación, ya existían antes de aparecer la vacuna**

**  El aumento que se ha producido en la frecuencia de algunas de estas enfermedades ya se había iniciado antes de la vacunación**

**  En muchas ocasiones, no se ha producido un aumento real de la frecuencia sino que simplemente se diagnostican mejor gracias a los avances de la medicina**

**  El que dos cosas ocurran al mismo tiempo, no indica que estén relacionadas. Si así fuera, podríamos hacer responsables a los programas de vacunación de la llegada del hombre a la luna o del cambio climático.**

**  Existen otras posibles razones para este aumento de frecuencia de estas enfermedades (entre otros la supervivencia a más largo plazo de enfermos crónicos, la mayor contaminación con metales pesados, etc.) que podrían ser responsables de estas enfermedades**

**4.- Recibir muchas vacunas para distintas enfermedades a la vez aumenta el riesgo de efectos indeseables y puede sobrecargar el sistema inmune**

**Uno de los argumentos utilizados contra la utilización de las vacunas y, sobre todo, de la aplicación simultánea de varias vacunas es que, al exponer al sistema de defensa del cuerpo (el sistema inmune) a tantos antígenos vacunales, puede producirse una respuesta no deseada e, incluso, un mal funcionamiento de este sistema inmune.**

**En el año 2000 se realizó un estudio para comprobar el número de anfígenos a los que se exponía un niño durante su programa vacunal, encontrando que esta cifra era de 126.**

**Como muchas otras situaciones, si miramos esta cifra así sin más podríamos decir: “es cierto, son muchos estímulos para el sistema de defensa”. Pues bien, cuando un niño tiene un resfriado común se expone al niño a entre 4 y 10 antígenos (¿cuántos resfriados tiene un niño a lo largo de su infancia?). Si padece una laringitis, se expone a entre 25 y 50 antígenos de una vez.**

**La realidad es que, de forma natural, los niños están expuestos a una elevadísima cantidad de estímulos antigénicos para su sistema de defensa y, es precisamente este estímulo, el responsable en parte de que el sistema defensivo funcione correctamente.**

**El Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, una institución independiente no gubernamental, declaró ya en 1994 que el número de antígenos contenidos en las vacunas infantiles no parece una carga apreciable para el sistema inmune.**

**5.- Algunas vacunas contienen mercurio que es tóxico para el sistema nervioso central**

**Durante mucho tiempo, en la fabricación o conservación de algunas vacunas, se ha utilizado el Timerosal (una sal orgánica que contiene etilmercurio) por sus propiedades antimicrobianas. Sin embargo, desde hace unos años, se ha ido reduciendo la cantidad de Timerosal utilizado o se ha eliminado completamente sustituyéndolo por otros compuestos para la conservación y fabricación de aquellas vacunas que antes lo contenían.   
Hoy en día, prácticamente ninguna de las vacunas que se utilizan en los calendarios vacunales de las distintas comunidades autónomas españolas, contiene cantidades significativas de esta sustancia.**

**¿Es tóxico el tiomersal?**

**Nadie ha podido demostrar que el tiomersal o timerosal incluido en las vacunas interfiera con el desarrollo cerebral del feto o el lactante. Tampoco se ha podido demostrar una relación con enfermedades como el autismo o con el retraso del desarrollo psicomotor.**

**Si no es tóxico, ¿por qué se ha retirado?**

**Por un principio de prudencia básico y por la alarma social que se ha creado alrededor de esta sustancia. Aunque las cantidades de mercurio a las que podía estar expuesto un niño español antes de los 14 años de edad por la vacunación eran muy inferiores a las que se consideran tóxicas por los diferentes organismos mundiales, una vez que ha sido posible, se ha considerado oportuna su sustitución por otros compuestos inocuos.**

**Seguridad de las Vacunas**

[**www.who.org**](http://www.who.org)

[**Global Vaccine Safety initiative activities portfolio.**](http://www.who.int/entity/vaccine_safety/news/highlight_3/en/index.html)

**The current GVSI portfolio includes activities reviewed by the GVSI PG in November 2012, some of which are expected to extend up to 2020, that is the duration of the Decade of Vaccine endorsed by the World Health Assembly. All GVSI projects are listed and monitored through the portfolio.   
  
Portfolio activities benefit from the visibility provided by the GVSI through its broad base of stakeholders. GVSI participants and stakeholders may refer to the portfolio to assist in making funding decisions. Interested parties can request further details on the nature of the activities, outputs, outcomes and expected impact by contacting the responsible contact person or on request to** [**GVSI@who.int**](mailto:GVSI@who.int)

**==============================================**

**Declaración sobre Nuevo Brote de Influenza A (H1N1)pdm 2009**

**Reactivación, 29 de mayo de 2013**

**La Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas, la Sociedad Venezolana de Salud Pública, la Red Defendamos la Epidemiología Nacional, El Observatorio Venezolano de Salud del CENDES, con el patrocinio de la Academia Nacional de Medicina, cumple el deber de dirigirse a la comunidad  y a las autoridades del Ministerio de Poder Popular de la Salud, con el objeto de contribuir a orientar a las personas en relación con esta amenaza para la salud.**

**El brote de influenza A(H1N1)pdm09 es una forma de infección muy contagiosa,  producida por un virus de influenza estacional que viene circulando en Venezuela desde mayo de 2009 durante la pandemia producida por este virus y capaz de producir brotes de la enfermedad en forma cíclica, con afectación e impacto sobre grupos de población variable y riesgo de complicaciones  y  de muerte. Por estas razones es necesario mantener permanentemente medidas de alerta y vigilancia epidemiológica y activación de procedimientos de control cuando aparecen brotes epidémicos.**

**El brote que actualmente afecta a Venezuela  se inició en la semana epidemiológica N· 17 en el estado Mérida y actualmente existe evidencia de su amplia extensión a 18** **entidades federales del país y posible extensión al Departamento del Norte de Santander, territorio fronterizo con la República de Colombia.**

**Para entender las condiciones que precedieron el brote es necesario resaltar:**

**1. Una vez declarada finalizada la pandemia de influenza por el virus de influenza A(H1N1)pdm09 en julio de 2010, éste continuó circulando en Venezuela como un virus estacional luego de su introducción en nuestro país, en mayo de 2009. Este comportamiento era de esperarse como ha ocurrido en muchos otros países.**

**2, En Venezuela ocurrió en 2011 un brote de influenza A(H1N1)pdm09  post-pandémica muy intenso, que afectó a numerosos estados, entre ellos con importancia singular el estado Mérida y otros estados andinos.**

**3. A finales de 2011 el virus dominante fue el de influenza A(H3N2). Durante 2012, co-circuló el virus de influenza A(H1N1)pdm09 con el virus de influenza A(H3N2) siendo este último el dominante. Ambos virus circularon continuamente con baja intensidad. En el transcurso del año 2013 han co-circulado ambos virus con predominio del virus de influenza A(H1N1)pdm09 también con baja intensidad. Así, al menos 12 estados notificaron casos confirmados del virus en las primeras 16 semanas epidemiológicas como evidencian los Boletines Epidemiológicos Semanales del MPPS. En el estado Mérida se identificaron los primeros casos confirmados del virus A(H1N1) pdm09 en el mes de abril de 2013, a partir de la semana epidemiológica N· 17.**

**4. En las últimas 4 semanas el número de casos se multiplicó aceleradamente, hasta la semana N· 20; con corte al día 23 de mayo, el número de casos en Mérida ascendió a 125  y en el país se confirmaron 230 casos en 16 entidades federales. Los grupos de población más afectados son menores de 49 años. Si bien el MPPS no ha ofrecido un reporte específico del brote que permita una caracterización clínico epidemiológico, se conoció que la mayoría de los casos ha ocurrido en hembras, y en personas con y sin factores de riesgo, en adultos de edad media de la vida. Los primeros casos ocurrieron entre personal de salud de una Institución Privada de la ciudad de Mérida.**

**5. No se ha publicado oficialmente el número de fallecidos, sin embargo la información recolectada de medios regionales hasta el día de hoy, indica el fallecimiento de 19 personas, en los que la causa básica de la muerte es la infección por el virus, en personas con enfermedades crónicas precedentes. La mayoría de los casos mortales (8) han ocurrido en el estado Mérida y 11 muertes han ocurrido en otros 6 estados: Zulia, Aragua, Lara, Táchira, Anzoátegui y Bolívar.**

**6. Durante el año 2010, contrario a las recomendaciones de la OMS-OPS muy pocas personas en Venezuela recibieron la vacuna monovalente contra la Influenza A(H1N1). El MPPS no adquirió suficiente cantidad de vacunas en 2010, ni estimuló suficientemente la vacunación de la población. Venezuela y Haití fueron la excepción en el Continente Americano.**

**7. A partir de 2011, luego del brote post-pandémico que se inició en febrero, se aplicó la vacuna que contenía el biológico contra la Influenza A(H1N1) junto con el de otros dos virus de Influenza Estacional. Se aplicaron en 2011 cerca de 4 millones de dosis. Esta cantidad fue insuficiente, tanto para proteger a la población mayor de 60 años, como para proteger los grupos de riesgo (enfermedades crónicas debilitantes, y embarazadas entre ellos). No se recomendó oficialmente la vacunación de niños entre 5 y 9 años, decisión que en nuestro criterio fue un error. Tampoco se estimuló al personal sanitario a aplicarse la vacuna, aun cuando por razones ocupacionales es un grupo de riesgo.**

**8. Las coberturas de vacunación de la población en 2010 y 2011 para influenza y para neumococo fueron extremadamente bajas (alrededor de 15% de la población meta para niños y para adultos). Los datos de cobertura correspondientes al año 2012 son incompletos pero también fueron sub-óptimos. No hay datos confiables para las coberturas alcanzadas en 2013.**

**9. La pandemia de influenza A(H1N1) en Venezuela (2009-2010) fue de baja intensidad y con menor letalidad que en otros países vecinos; esta circunstancia y las bajas coberturas de inmunización de los años 2010, 2011 y 2012 permitieron en el momento actual, la existencia de numerosas personas susceptibles a la enfermedad, en la población general y en los grupos de riesgo, entre ellos, el personal sanitario no vacunado y expuesto por razones ocupacionales.**

**Por las razones anteriores hacemos las siguientes recomendaciones:**

**1. Es recomendable insistir que la vacunaciones la medida más efectiva y segura para proteger las personas que pertenecen a los grupos de riesgo, y al personal de salud expuesto por razones ocupacionales aun cuando el brote epidémico está en desarrollo. La vacuna específica antiinfluenza estacional no es sustituible por otras estrategias de control y profilaxis que solo la complementan.**

**2. Deben analizarse las razones que contribuyen a la baja cobertura de inmunización contra la influenza en los últimos 3 años y corregir las fallas.**

**3. Deben realizarse campañas para estimular la aceptación de la vacunación entre el personal de salud, a reducir la resistencia y los prejuicios al uso de la vacuna, como ha recomendado la Organización Mundial de la Salud..**

**4. Es deseable la lectura de la *Recomendaciones para Instituciones de Salud y otras Instituciones, para la población general y grupos especiales*, elaboradas con motivo de la pandemia de Influenza A(H1N1)  por la  Comisión de Epidemiología de la Red de Sociedades Científicas Venezolanas entre 2009 y 2011.**

**5. Debe iniciarse una campaña de educación e información al público y al personal sanitario, que excluya mensajes inconsistentes y falaces como los ¨cercos epidemiológicos¨ divulgados en este momento por las autoridades regionales de salud del estado Mérida y de otros estados. No es aceptable por ninguna razón la censura arbitraria de información epidemiológica del brote, por parte ningún funcionario pues aumenta la incertidumbre y el miedo y la conmoción entre la población, y contribuye a subestimar el problema. La censura epidemiológica y la restricción arbitraria de información viola el derecho de las personas a estar debidamente informadas sobre asuntos de interés público y disminuye el alerta e interés por el cuidado personal de su salud y la participación de los ciudadanos para preservar la salud de la población, a la vez que impide a los profesionales de la salud el acceso a las fuentes de información oficial confiables y necesarias para orientar el diagnóstico y las conductas aplicables a los casos sospechosos.**

**6. Deben recordarse medidas de profilaxis individuales y colectivas, no farmacológicas, comprobadamente efectivas, como el lavado de las manos, el taparse la boca en caso de tos sin usar las manos. Las recomendaciones sobre saludo y cortesía. El aislamiento voluntario en su casa de las personas con síntomas de la enfermedad. El uso de medidas de barrera en los casos que se justifique. El MPPS Debe garantizar los recursos necesarios para diagnóstico y tratamiento de los casos y las dotaciones de insumos de los hospitales a los que deben asistir los pacientes que requieren cuidados institucionales especializados. No debe olvidarse la consulta médica oportuna de aquellos pacientes con síntomas severos o persistentes de dificultad respiratoria o síntomas generales por períodos mayores de 48 horas y debe evitarse la automedicación, así como la consulta profesional tardía.**

**7. Las autoridades de salud deben hacer uso de las lecciones aprendidas desde la pandemia de influenza en 2009. Actualmente se cometen numerosos errores injustificables, sobre la manera de comunicar a la población el problema y las estrategias para controlar la enfermedad. Dada la existencia de una vacuna efectiva y razonablemente segura, en estas circunstancias el enfoque debe ser de mitigación del impacto de la enfermedad y no de ficticios y engañosos ¨cercos epidemiológicos¨ como erróneamente se ha informado porque el virus circula ampliamente en la comunidad desde hace mucho tiempo. Por lo que hay que insistir en los siguientes preparativos y acciones de inmediato:**

**a. Reforzar la Campaña permanente de información, educación y promoción sobre medidas básicas de higiene personal, lavado de las manos, hábitos de saludo y cortesía. Uso de pañuelos descartables al estornudar o toser. Vocería única institucional, conducida por epidemiología.**

**b. Insistir en la Identificación de casos en preescolares, escuelas, colegios, universidades y otros centros e instituciones y orientarlos a que deben permanecer en su casa por lapsos no menores de 7 días.**

**c. Orientar sobre aislamiento voluntario en sus casas, justificable para  la gran mayoría de los enfermos y medidas de protección para cuidadores. Tiempo de aislamiento: para niños 7-14 días. Adultos 5-7 días.**

**d. Definir uso y prioridad de la vacuna en grupos de riesgo y personal de salud y cuidadores, aún cuando su efectividad comience a producirse 3 semanas después de inoculada. Debe redefinirse la población a ser vacunada de acuerdo con patrones epidemiológicos de susceptibles y tasas de incidencia y letalidad de la enfermedad por grupos de edad.**

**e. Dar prioridad para el uso de la vacuna al personal de salud, embarazadas,  período postpartum inmediato y otros grupos definidos de alto riesgo de complicaciones y letalidad.**

**f. Estimar los grupos de susceptibles y tipo de cuidados a ofrecer, para cálculo de insumos necesarios: vacunas, antivirales, soluciones parenterales, antibióticos, guantes, tapabocas,  batas descartables, lentes de protección, inyectadoras, monitores y medidas de soporte vital de acuerdo con el porcentaje de pacientes que deberán ser hospitalizados.**

**g. Promover la consulta institucional oportuna, y solo la eventual hospitalización de pacientes con síntomas y signos de alarma: como postración, permanencia de síntomas intensos por más de 48 horas, dificultad respiratoria o falla de múltiples órganos.**

**h. Orientar sobre Preparativos para centros asistenciales, con guías de atención que deben ser divulgadas y normas y criterios para conductas, terapias, protocolos de tratamiento y decisiones de ingreso y egreso. Cuidado y prevención de riesgo ocupacional del personal de salud. Asignar y dotar hospitales centinela por región.**

**i. Fortalecer la capacidad diagnóstica, uso de la definición de caso, tomas de muestras, transporte y procesamiento con tecnología apropiada para conducir casos individualmente y contribuir a la vigilancia del comportamiento del virus, eventuales mutaciones y resistencia a los antivirales Así como la vigilancia de los efectos secundarios y las reacciones a la vacuna. Estudiarla descentralización del laboratorio de procesamiento de muestras mediante la técnica PCR-RT a las regiones en centros calificados con capacidad  certificada. (Esto lleva tiempo, por lo general más de 2 meses) para agilizar entrega de resultados.**

**j. Dar seguimiento de la evaluación de impacto del brote epidémico sobre el sistema de salud y su capacidad de respuesta.**

**k. Planificar los recursos financieros extraordinarios para atender el brote.**

**l. Establecer alianzas interinstitucionales con Academia Nacional de Medicina, Universidades, Centros de Investigación, Sociedades Científicas, Gremios, ONG y Medios de Comunicación.**

**m. Crear mecanismos de cooperación intersectorial con otros organismos públicos, Internacionales, nacionales y estatales.**

**n. Evaluar los resultados.**

**Las instituciones que representamos, ratifican su disposición a cooperar y brindar su apoyo a  la colectividad y a la Autoridades del MPPS en las acciones destinadas a controlar esta amenaza para la salud de la población.**

**Por la Academia Nacional de Medicina. Dr. Rafael Muci M.**

**Por la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas.  Dra. María Yanes**

**Por la Sociedad Venezolana de Salud Pública. Dr. Saúl O. Peña**

**Por el CENDES, UCV. Dr. Carlos Walter V**

**Por la Red Defendamos la Epidemiología Nacional. Dr. Oswaldo Godoy, Dr. Ángel Rafael Orihuela, Dr. José Félix Oletta L., Dra. Adelfa Betancourt, Dr. Andrés Barreto.**

**==================================================**

**Red de Sociedades Médicas Científicas Venezolanas (RSMCV)**

**Comisión de Epidemiología / Elaboradas, 10 de diciembre de 2011**

**Jorge Eliecer Andrade**

**Material para uso académico**

**Preguntas y respuestas más frecuentes que se ofrecen sobre la vacuna y otras formas de protección contra el virus de la influenza**

**¿Quiénes deben recibir la vacuna contra la influenza?**

**El MPPS ha recomendado inmunizar a las personas mayores de 60 años y los menores de 1 año. También las personas ubicadas en grupos de riesgo que padecen enfermedades crónicas (obesidad, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria crónica obstructiva, cáncer VIH-SIDA cualquiera que sea su edad) y las embarazadas. Los profesionales de salud son considerados personas expuestas a riesgo ocupacional.**

**¿Existen personas que deben tener prioridad cuando se trata de recibir la vacuna contra la gripe?**

**No todas las personas pueden recibir la vacuna, por eso tienen prioridad aquellas que tienen más riesgo de enfermar gravemente.**

***¿Dónde pueden acudir las personas a vacunarse?***

**El MPPS informó hace 1 semana que las personas pueden acudir a los hospitales públicos, CDI y centros de vacunación. En general, en aquellos centros autorizados.**

**¿Cuántas dosis de vacuna se necesitan?**

**Los adultos requieren una sola dosis de vacuna. Los niños de 9 años o menos se les recomienda administrar 2 dosis con una diferencia de 30 días.**

***¿Puede una persona alérgica al huevo recibir la vacuna contra el virus de la influenza?***

**La vacuna es preparada en embriones de gallina por lo que las personas alérgicas a las proteínas del huevo no deben recibirla.**

***¿Si la persona recibió la vacuna contra influenza a principios de 2011, debe volver a vacunarse?***

**Las personas que fueron vacunadas contra la influenza en el primer semestre de 2011 no requieren ser vacunadas nuevamente porque ya recibieron una vacuna que protege contra las cepas de influenza AH1N1 y AH3N2.**

***¿Debo recibir la vacuna contra influenza si he tenido una enfermedad similar a la influenza desde 2009?***

**Si la persona sufrió de influenza AH1N1 no posee defensas naturales contra la Influenza AH3N2. Así mismo, si sufrió de Influenza AH3N2 no tiene defensas contra la influenza AH1N1. En ambos casos debe recibir la vacuna contra la influenza estacional si está incluida entre los grupos de riesgo.**

**¿Por qué debemos tomar la gripe seriamente?**

**La influenza es una enfermedad seria que puede causar complicaciones graves y hasta la muerte, aún siendo causada por virus estacionales. Amerita que la persona permanezca aislada en su hogar y a acudir al médico para que oriente el tratamiento. Las personas no deben auto-medicarse.**

***¿Es efectiva y segura la vacuna?***

**La vacuna ha sido sometida a pruebas estrictas de efectividad y seguridad que permiten recomendarla como la forma más eficaz y segura de prevenir la influenza.**

***¿Si presento reacciones a la vacuna, qué debo hacer?***

**La mayoría de las reacciones a la vacuna son menores y limitadas, por ejemplo: dolor en el lugar de la inyección, fiebre o malestar general pasajero. Debe consultar a su médico que le orientará la conducta a seguir.**

***¿Cuánto tiempo después de recibir la vacuna empieza la protección?***

**La vacuna produce protección mediante la producción de anticuerpos del organismo contra el virus en 70-90 % de las personas menores de 65 años que la reciben. La protección suele ser menor en los mayores de 60 años. Los anticuerpos alcanzan niveles de protección luego de 2-3 semanas después de la inmunización.**

***¿Existen otras formas de evitar la diseminación de la enfermedad?***

**Sí. Deben ponerse en práctica las medidas de higiene personal, lave de las manos con agua y jabón, recomendaciones de saludos y cortesía,  use de pañuelos descartables, use  tapaboca, cúbrase la boca y la nariz en caso de tos, limpie las superficies, aísle los pacientes en su casa.**

***¿Si tengo influenza debo asistir a mi trabajo o a mi colegio?***

**No. El período de contagio puede extenderse unos 7 días después del comienzo de los síntomas en los adultos, y hasta dos semanas en el caso de los niños.**

***¿Cuáles son las medidas de aislamiento que debo aplicar si tengo influenza?***

**Las personas con síntomas deben permanecer en reposo en su casa. No deben compartir la habitación o la cama con otras personas. Deben hacer uso de utensilios de comida, vasos y platos para uso personal. Deben usar tapaboca y lavarse las manos con frecuencia. Los cuidadores deben usar tapaboca y también lavarse las manos frecuentemente. Ventile la habitación y la vivienda.**

***¿Se recomienda el uso de remedios naturales (como la medicina "complementaria" o "alternativa") para prevenir el virus de la influenza?***

**No. Tales remedios no contribuyen a mejorar a los enfermos y pueden producir efectos secundarios y reacciones indeseables.**

***¿Cuándo debo acudir al médico?***

**Si los síntomas de la enfermedad son intensos o duran un período mayor de 48 horas, la persona debe acudir precozmente a su médico que orientará la conducta a seguir.**

***¿Quiénes deben usar medicamentos antivirales?***

**El médico tratante indicará los medicamentos antivirales en los casos que estén recomendados. Las normas del MPPS recomiendan el uso terapéutico de antivirales en aquellas personas que padecen la enfermedad y su efectividad esta comprobada para reducir la intensidad de los síntomas y su duración, siempre que se use precozmente, en las primeras 48 horas después del comienzo de los síntomas.**

**Cuando hay carencia de antivirales, su uso esta limitado a las personas con enfermedad severa y complicaciones. Además, los antivirales pueden usarse en forma profiláctica o preventiva, por ejemplo: exposición directa de personas susceptibles no protegidas, embarazadas, cuidadores y profesionales de salud.**

***¿Cuánto tiempo después de enfermar puedo reanudar mis actividades normales?***

**Por lo general, las personas adultas pueden reanudar sus actividades una semana después del comienzo de los síntomas. Los niños podrán reincorporarse a sus actividades docentes 10 a 14 días después.**

**Nota: Elaborar material para difundir**

**=================================================**

**Prevención de influenza en trabajadores de la salud. A propósito de la epidemia de influenza A (H1N1)pdm09 en Venezuela**

**19 de junio de 2013**

**Los trabajadores de salud (TS), por razones ocupacionales, pertenecen a los grupos de riesgo para adquirir  infección por influenza, la enfermedad en estos trabajadores  es motivo de ausencia laboral, constituyendo una fuente potencial de transmisión de la infección y adicionalmente  tiene un impacto negativo sobre las instituciones asistenciales al reducir la capacidad de atención de los pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), como  la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Ministerios de salud de  los países incluyeron  en sus lineamientos  el uso del Equipo de Protección Personal (EPP),  en aquellos trabajadores de salud  que tienen la responsabilidad del cuidado directo de los pacientes con influenza por el virus A (H1N1)pdm09, como una medida de barrera, importante para evitar la influenza en el personal de salud.**

**El uso de la  mascarilla N 95, gorro, bata de protección, uso de guantes y lentes protectores forman parte de lo que se conoce como EPP,  el cual se recomienda para evitar infecciones  que se transmiten por vía respiratoria como la tuberculosis, el SARS, infección por coronavirus y  la influenza, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de mascarilla N 95  para la asistencia de pacientes con diagnóstico sospechoso o confirmado de influenza,  la misma brinda  protección respiratoria contra partículas menores a 0.1 micra, tienen una alta eficiencia de  filtración y permiten retener partículas tales como agentes  virales y el bacilo de Koch.**

**La protección de los trabajadores sanitarios es fundamental, ellos constituyen la primera línea de respuesta en la atención de los pacientes infectados. En la pandemia de influenza  por el virus de influenza AH1N1 2009, se reportaron en varios países incluyendo Venezuela,   brotes  de la enfermedad en TS, principalmente por  no contar con el  EPP, por la baja  adherencia  al uso del  mismo y la no disponibilidad de la vacuna contra la influenza pandémica para ese momento.**

**En la situación actual de influenza en nuestro país, catalogada por expertos epidemiólogos  como epidemia, hemos visto con preocupación la afectación de varios TS  por esta enfermedad, recordemos que los primeros casos se presentaron en TS de una institución sanitaria del estado Mérida. Según fuentes extra oficiales, una enfermera falleció por la influenza AH1N1  en el estado Táchira. Extraoficialmente TS de otras instituciones sanitarias de nuestro país han sido afectados por la influenza, una de cuyas causas es atribuible a la  escasez de equipos de protección personal,(EPP) incluyendo la mascarilla N 95, baja cobertura de inmunización contra la influenza en el personal de salud  y carencia de agua y jabón para el lavado de manos.**

**En la prevención de la influenza, la vacunación es una de las medidas más importantes para el control de los brotes y de las epidemias de influenza. Los TS  están incluidos en los grupos prioritarios recomendados por la OMS y la OPS y en los lineamientos de los países, incluyendo los de Venezuela. Estudios  realizados en nuestro país dan cuenta que la cobertura  de la vacuna contra la influenza  en los últimos tres años,  es de  alrededor de un 15 a 20%, muy por debajo  de lo recomendado por los Organismos internacionales en materia de salud.**

**En vista de la problemática planteada hacemos a las autoridades sanitarias las siguientes recomendaciones:**

**1.-Cumplir con la normativa  de protección al trabajador y a la trabajadora, contentiva en la  LOPCYMAT  (la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo), en sus diferentes articulados.**

**2.-A manera de ejemplo mencionaremos el artículo 53, numeral 4 contentivo en la LOPCYMAT. Título IV. DE LOS DERECHOS Y DEBERES. Capítulo I. Derechos  y deberes  de los trabajadores y trabajadoras. “No ser sometido a condiciones de trabajo peligrosas o insalubres que, de acuerdo a los avances técnicos y científicos existentes, puedan ser eliminadas o atenuadas con modificaciones al proceso productivo o las instalaciones o puestos de trabajo o mediante protecciones colectivas. Cuando lo anterior no sea posible, a ser provisto de los implementos y equipos de protección personal adecuados a las condiciones de trabajo presentes en su puesto de trabajo y a las labores desempeñadas”.**

**3-Dotar  urgentemente  a los hospitales  de los materiales del  EPP, incluyendo la mascarilla N 95.**

**4-Vacunar a los TS que no han sido vacunados; esperar hasta octubre para vacunar como ha anunciado la ministra, constituye un riesgo porque la influenza se encuentra en plena epidemia  y los  TS pueden adquirir  la influenza en cualquier momento hasta el fin de año. El MPPS puede realizar las gestiones para adquirir la vacuna de Argentina o en Brasil que es país productor de este tipo de vacuna, la cual se vence en noviembre de 2013.**

**5- Sensibilizar a los TS para que  entiendan la importancia de ser vacunados regularmente contra la influenza, preferiblemente en el mes de octubre.**

**6- Garantizar el acceso de la vacuna contra la influenza y de otras vacunas recomendadas en los TS.**

**7- Aumentar la vigilancia epidemiológica para identificar y cuantificar los brotes de influenza en las instituciones sanitarias y realizar las medidas pertinentes para su control.**

**8- Re ubicar a los TS con riesgo incrementado de adquirir la influenza y de sufrir enfermedad severa como las embarazadas y los inmunosuprimidos a sitios de menor riesgo en la institución sanitaria, si esto no es posible  considerar  reposo o licencia médica.**

**9- Asegurarse que los TS reciban los mensajes de prevención para evitar  la influenza  en sus sitios de trabajo. Las recomendaciones de prevención de influenza  deben llegar también  a los pacientes y a los familiares. Las medidas de prevención deberán ser divulgadas ampliamente y los TS cooperar en esta tarea.**

**10- Garantizar suficiente agua y jabón para el lavado de las manos de los TS y de los pacientes.**

**11-  Mantener limpieza estricta de los ambientes  en las instituciones sanitarias, esa medida también contribuye a evitar la influenza nosocomial.**

**12. Reactivar las comisiones de trabajo o Comités Institucionales de influenza establecidas en el año 2009 y aplicar las lesiones aprendidas de la pandemia de influenza del año 2009**

**================================================**

**Lineamientos de Prevención y Control de Influenza Pandémica en Centros de Atención Infantil.**

**(Guarderías, Hogares de Cuidado Diario, Preescolares, otros)**

**Caracas, Octubre 2009.**

**La Influenza Pandémica es una enfermedad respiratoria aguda caracterizada por la presencia de fiebre y síntomas generales y respiratorios similares a la gripe estacional; causada por un nuevo virus de Influenza, denominada por sus características bioquímicas Influenza A(H1N1) 2009.**

**El virus Influenza A (H1N1), al igual que el virus causante de la Gripe o Influenza Estacional, se transmite por vía respiratoria; y por su condición de virus nuevo además de ser infectante para todas las personas, existe la amenaza de que tenga además de gran capacidad de transmisión entre las personas, alta virulencia; lo que produciría más frecuentemente formas graves de la enfermedad con su consecuente impacto social para la población.**

**Debido a estas características constituye un problema de salud pública actual, en el cual su tendencia y agresividad son impredecibles y el escenario planteado actualmente en función de lo observado en epidemias anteriores es que se mantendrá durante unos dos años más con actividad epidémica.**

**En Venezuela, el virus pandémico circula en prácticamente todo el territorio nacional en una transmisión sostenida en el tiempo, lo que hace muy probable la infección de personas en la comunidad y la posterior transmisión a otras personas en los sitios de encuentro familiar, laboral, social u otros.**

**En consecuencia los contactos constituyen los amplificadores de la infección por el virus A(H1N1) y en un centro de atención infantil los contactos pueden sumar un importante número de personas; en quienes podemos prevenir la enfermedad actuando anticipadamente.**

**Actuar anticipadamente permite garantizar un ambiente de bajo potencial transmisor del virus que permita evitar el surgimiento de brotes a partir de un caso introducido en el centro de atención.**

**Para actuar anticipadamente es necesario estar informados y conocer cuáles son los lineamientos a cumplir para reducir el impacto de la enfermedad en los centros de atención infantil.**

**Con la finalidad de anticipar acciones se publica la presente guía, dirigida a todas las personas que interactúan cotidianamente en los centros de atención infantil: padres y representantes, personal de atención directa y personal administrativo; con la finalidad de informar sobre aspectos epidemiológicos en la transmisión del virus de Influenza A(H1N1)2009, A(H1N1)2009, las características de la enfermedad, las medidas de protección y prevención personal para reducir los riesgos de transmisión y la conducta que se debe mantener ante el surgimiento de brotes epidémicos.**

**La guía se estructura en tres componentes:**

1. **Características generales de la Influenza Pandémica**
2. **Lineamientos para prevención y control en centros de atención infantil.**
3. **Definición de términos básicos para medidas de control de brotes.**

**CARACTERISTICAS GENERALES:**

1. **El Virus de Influenza A (H1N1)2009 es un virus nuevo.**

* **La influenza o gripe es una enfermedad infecciosa de aves y mamíferos, causada por una gran variedad de virus de influenza.**
* **El virus de la influenza comprende 5 géneros y de ellos sólo 3 son capaces de producir la gripe: los virus tipo A, B y C.**
* **A su vez, cada género comprende varios subtipos de virus de influenza.**
* **Los virus de Influenza A tienen características epidémicas y han sido los causantes de las grandes pandemias documentadas en la historia: 1918, 1957, 1968.**
* **En su replicación a nivel celular pueden ocurrir errores en la inserción de los componentes estructurales del material genético del virus y estas reordenaciones o mutaciones producen un nuevo virus.**
* **Por este mecanismo surge el nuevo subtipo de virus de Influenza A, denominado A (H1N1)2009, diferente al resto de los subtipos del genero de virus de Influenza A.**
* **Por ser un virus nuevo, nadie tiene anticuerpos y todas las personas estamos en riesgo de contraerlo.**
* **Además de ser un virus nuevo, comparte con el resto de virus de influenza tipo A alta contagiosidad, que a su vez influye en la velocidad de propagación; situación que ya por si sola constituye un problema porque ocurren muchos casos en corto tiempo.**
* **La rápida propagación explica la situación pandémica actual y esta situación se torna más comprometida por la característica del virus de evolucionar en dos o tres oleadas y la gravedad de las oleadas sucesivas suele ser diferente; sin descartar además la posibilidad de que el nuevo virus sufra mutaciones, impredecibles, y aparezca un virus intrínsecamente más virulento en el curso de la pandemia.**
* **Por lo tanto, ahora es necesario evitar la propagación del virus A(H1N1) 2009, también denominado virus pandémico.**

1. **El virus de Influenza A (H1N1)2009 se encuentra en las secreciones respiratorias de las personas enfermas.**

* **La mejor manera de evitar el contagio es conociendo la forma de transmisión del virus de persona a persona:**
* **El virus se encuentra en las secreciones respiratorias (saliva, moco nasal, secreciones respiratorias) de las personas infectadas.**
* **El hecho de que una persona esté infectada no significa que está sintomática, pero, aunque no esté sintomática, puede transmitir el virus.**
* **Una persona infectada puede transmitir el virus durante 7 días, sin embargo en los niños el período puede ser más largo.**
* **El virus penetra al organismo por las mucosas de la boca, la nariz o los ojos.**
* **La principal forma de transmisión ocurre al toser o estornudar una persona infectada; porque las gotitas salpicadas se mueven por el aire y pueden alcanzar hasta 1 metro de distancia para:**
  + **entrar en contacto con la boca o nariz de las personas que se encuentran cerca o,**
  + **caer en superficies ambientales (mesas, escritorios, juguetes, bultos, loncheras, etc.) y desde allí el virus puede diseminarse a través de las manos, porque al tocar la superficie contaminada, las manos se contaminan y pueden llevar el virus a las mucosas de los ojos, nariz, de la boca y producirse la infección; porque el virus puede infectar a partir de las mucosas.**
* **También se puede diseminar el virus cuando una persona infectada tose o estornuda en sus manos y luego, sin lavarse las manos, toca una superficie (como un teléfono, juguete, manillas, pasamanos, cuadernos, etc.). De esta manera contamina esos objetos y a partir de allí otras personas pueden trasladar el virus o infectar por contacto de las manos contaminadas con los ojos, boca o nariz.**
* **Los virus de la gripe y otros gérmenes pueden sobrevivir en el ambiente. Se ha documentado la posibilidad de ser infectante hasta las 24 horas de permanencia en superficies duras no porosas como las metálicas o plásticos; y hasta 3 horas en telas como pañuelos.**

1. **La infección respiratoria aguda producida por Virus A(H1N1)2009 puede ser grave y hay personas con alto riesgo:**

* **Los síntomas de gripe por virus de influenza pandémico son similares a los síntomas de la gripe común e incluyen fiebre, tos, dolor de garganta, rinorrea (goteo nasal), congestión nasal, dolor del cuerpo, dolor de cabeza, escalofríos y fatiga. Algunas personas han reportado diarrea y vómitos al igual que síntomas respiratorios.**
* **La influenza pandémica H1N1 puede causar síntomas que varían entre leves y graves**
* **Al igual que la gripe común, la nueva influenza podría ser más severa para aquellas personas que padecen de problemas médicos crónicos y las embarazadas tienen una condición especial ante la infección.**
* **Las personas que tengan las siguientes características deben ser consideradas de alto riesgo y extremar las precauciones para evitar que enfermen:**
  1. **Niños menores de 5 años de edad**
  2. **Personas mayores de 65 años.**
  3. **Niños y adolescentes (menores de 18 años) que están recibiendo tratamiento por enfermedades crónicas.**
  4. **Niños que reciban tratamiento con aspirina.**
  5. **Mujeres embarazadas**
  6. **Adultos y niños que padecen asma, otras enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades cardiovasculares, hepáticas, hematológicas, neurológicas, neuromusculares, o trastornos metabólicos como la diabetes;**
  7. **Adultos y niños con enfermedades que disminuyan sus mecanismos de inmunidad como infección por VIH o por medicamentos (enfermos renales, enfermos con cáncer)**
  8. **Residentes en servicios para atención de adultos mayores y otras instalaciones de atención crónica**
* **En la evolución de la gripe por Influenza A (H1N1) y también por influenza estacional pueden surgir complicaciones y se requiere recibir atención médica inmediata. Estas complicaciones generalmente se presentan acompañadas de signos de alarma como dificultad para respirar.**

1. **La diseminación del virus A(H1N1) puede evitarse o detenerse.**

* **El virus puede ser destruido fácilmente, entre otros, por la luz del sol, el jabón, alcohol, cloro y agua caliente.**
* **Además manteniendo comportamientos higiénicos. Sí queremos toser o estornudar debemos cubrirnos la nariz y la boca con un toallín o servilleta desechable, desechándolo, inmediatamente después, en un cesto de basura, y seguidamente lavarnos las manos.**
* **En caso de no disponer de un toallín o servilleta desechable, debemos cubrirnos la nariz y la boca con la parte interna del brazo o con la parte superior de la manga (no con las manos) si necesitamos toser o estornudar y lavarnos las manos inmediatamente después.**
* **También podemos estornudar o toser en la parte interna de la camisa, blusa o franela.**
* **El lavado de manos debe realizarse con agua y jabón durante unos 30 segundos, tiempo que equivale a cantar dos veces “cumpleaños feliz”.**
* **En caso de no disponer de agua cercana, se puede utilizar toallines para las manos, impregnados con solución a base de alcohol o gel desinfectante para manos a base de alcohol (60-95% de alcohol); se frota las manos con los mismos hasta que el líquido o gel se seque.**
* **Las personas enfermas deben lavarse las manos con mayor frecuencia y especialmente después de tocarse la boca, nariz y ojos.**
* **Debemos prestar particular atención a la limpieza y desinfección de superficies duras y artículos escolares de plásticos y otros de uso común.** 
  1. **La limpieza debe realizarse frecuentemente**
  2. **La aplicación repetida de desinfectantes en la superficie de mesas y escritorios es innecesaria**
  3. **No se recomienda el uso de desodorizantes de ambientes para desinfectar el aire.**
* **Las superficies duras deben limpiarse frecuentemente con un limpiador o solución de cloro o lejía. Si no hay desinfectante disponible se puede utilizar una mezcla de agua caliente y jabón.**

1. **A partir de un caso de gripe pandémica puede ocurrir un brote, que puede contenerse con medidas anticipatorias de prevención y control.**

* **El cumplimiento de las medidas de prevención y control en un establecimiento garantiza disponer de mecanismos para evitar la transmisión viral.**
* **Sí en un establecimiento no están habilitados los mecanismos de reducción de la transmisión de virus respiratorios pueden ocurrir brotes epidémicos.**
* **Los brotes acumulan gran número de enfermos en corto tiempo, porque el período de incubación de la enfermedad es menor de 10 días y las personas pueden transmitir la enfermedad desde 1 0 2 días antes de iniciar los síntomas.**
* **Las evidencias muestran que ante un caso de influenza pandémica se pueden desarrollar medidas que garanticen la contención de brotes epidémicos y que estas medidas pueden reducir hasta el 80% de los casos, según vemos a continuación.**

**===================================================**

**LINEAMIENTOS PARA PREVENCION Y CONTROL EN CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL.**

**Los lineamientos para prevención y control de casos y muertes por Influenza A (H1N1) se presentan a continuación y deben ser coordinados por la Dirección del establecimiento y, sí está funcionando, el servicio médico del establecimiento:**

1. **Garantizar condiciones para que se cumplan las medidas de prevención y control**
2. **Informar al personal y representantes sobre situación, causas, riesgos y síntomas y signos de la influenza pandémica, comportamientos y medidas administrativas de contención de la epidemia.**
3. **Promover cumplimiento de medidas de higiene personal en el establecimiento.**
4. **Mantener la Limpieza del establecimiento y complementar con medidas de limpieza que reduzcan la sobrevivencia del virus en superficies ambientales.**
5. **Vigilar la presencia de personas sintomáticas**
6. **Monitorear el ausentismo en el establecimiento**
7. **Notificar oportunamente al servicio de epidemiología local y al supervisor regional de la institución.**
8. **Cumplir con las medidas de control en caso de brotes.**

**a. Garantizar condiciones para que se cumplan las medidas de prevención y control**

**Se refiere a:**

* **Revisar y adecuar las condiciones de suministro de agua, jabón, toallines desechables, limpieza de locales, disponibilidad de cloro, ventilación de ambientes y limpieza de filtros de aire, cestos o contenedores de basura.**
* **Designar una persona responsable, en el establecimiento, para coordinar las acciones de prevención de la transmisión del virus de influenza pandémico. Particularmente en los establecimientos con servicio medico, es importante que el director forme parte activa de la coordinación y del seguimiento de las acciones.**
* **Conformar una red de comunicación con el establecimiento local de salud o el servicio de epidemiología municipal y el supervisor institucional de acuerdo con las normas concertadas entre el Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Institución que reglamenta el funcionamiento del establecimiento.** 
  + **La red de comunicación con el establecimiento local de salud o el servicio de epidemiología municipal debe definir previamente los mecanismos de comunicación para notificar situaciones inusuales o brotes.**

**b. Informar al personal y representantes:**

**La Dirección del Establecimiento y el Servicio Médico si lo hay, debe coordinar para:**

* **Desarrollar mecanismos internos de información, como reuniones informativas, carteleras, folletos u otro tipo de medio, para asegurar que todo el personal que labora en el establecimiento y los representantes de la población infantil atendida estén informados de la situación y de las medidas de higiene que deben cumplir para evitar la transmisión del virus pandémico.**
* **Tener disponible en cartelera información de un número telefónico de contacto para comunicar situaciones de interés del establecimiento relacionadas con influenza: notificar ausencias del personal, de los padres y representantes, monitorear situación por el personal de salud, etc.**
* **Las personas que laboran en el establecimiento deben ser informadas sobre:**
* **Las medidas de funcionamiento que serán establecidas para reducir el potencial de transmisión respiratoria en el establecimiento (flujos de cuidados, personas por ambiente, etc)**
* **Cuáles son los síntomas de la enfermedad y la similitud con los de gripe que estamos acostumbrados a ver.**
* **Cómo proceder administrativamente para que en caso de presentar síntomas compatibles como gripe no acudan al trabajo porque constituiría un riesgo para las personas que estén en contacto con ella.**
* **La obligación de notificar inmediatamente a la autoridad del establecimiento sobre la situación; porque la ausencia de una persona por gripe o influenza es importante no solo desde el punto de vista administrativo, tiene un importante interés para monitorear la situación epidemiológica en el establecimiento y anticipar medidas de control de brotes.**
* **La necesidad de reincorporarse después de 7 días del inicio de los síntomas si para ese momento está asintomático.**
* **Los padres y representante deben ser informados sobre:**
* **Cuáles son los síntomas de la enfermedad y la similitud con los de gripe que estamos acostumbrados a ver**
* **No acudir al establecimiento si ellos o su hijo/a presentan los síntomas de la enfermedad**
* **Informar al establecimiento los motivos de ausencia para que en caso de enfermedad puedan anticipar medidas de control de brotes.**

**c. Promover las medidas de Higiene personal**

* **Las medidas de higiene personal son de cumplimiento obligatorio por todas las personas y especialmente las personas que permanecen en establecimientos que concentran importante número de personas por el alto riesgo de transmisión respiratoria.**
* **Las normas básicas de higiene consisten en:**
* **Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón. El lavado de manos contempla dos aspectos importantes: técnica y tiempo.**
  + **El tiempo de lavado de manos es de aproximadamente 20 a 30 segundos (medio minuto) y equivale a cantar o tararear dos veces una canción infantil o el cumpleaños feliz.**
  + **La técnica de lavado es la siguiente:**
    - **iniciar aplicando jabón, sobre la piel húmeda de las manos,**
    - **seguidamente friccionar mecánicamente ambas manos durante 20 a 30 segundos (aproximadamente medio minuto) para hacer espuma y remover el sucio y microorganismos de la superficie de la piel,**
    - **luego enjuagar para arrastrar la carga de sucio y microorganismos de las manos,**
    - **cerrar el grifo con un toallín desechable**
    - **secar las manos con otro toallín desechable y una vez seca la mano abrir la puerta con el mismo toallín y,**
    - **desechar el toallín en la cesta de basura**
* **Toser y estornudar de manera segura, para ello debe practicarse lo siguiente:**
  + **Cubrirse la boca y la nariz con un toallín desechable y luego botarlo en la papelera o**
  + **Cubrirse la boca y nariz con la parte interna del brazo, o con la manga o con la parte interna de la camisa o franela.**
  + **Lavarse las manos inmediatamente después de toser o estornudar.**
* **Mantener distancia de más de un metro de las personas con síntomas de gripe.**
* **Evitar tocarse las manos a la boca, ojos o nariz, sin lavado previo inmediato.**
* **No compartir bebidas, pitillos, vasos, cubiertos que estén siendo usados por otras personas sin que sean previamente lavados antes de usarlos por otra persona.**
* **No utilizar productos que vendan para evitar la influenza pandémica.**

**d. Mantener las medidas de limpieza del ambiente e incorporar las siguientes acciones:**

1. **Capacitar al personal operativo y supervisor de saneamiento del ambiente en las medidas de aseo y limpieza requeridas para garantizar un ambiente con bajo riesgo de transmisión viral.**
2. **Lavar frecuentemente los juguetes utilizados durante las actividades diarias.**
3. **Limpiar por lo menos cada 4 horas, en horario laboral: las manillas de las puertas, los teléfonos, las barandas de escaleras, las botoneras de los ascensores, las superficies del teclado de computadoras, los lavamanos, y en general todas las superficies donde pueda permanecer el virus al caer en gotas de saliva expulsadas por personas infectadas al toser o estornudar.**

**La limpieza de las superficies puede realizarse con una solución de cloro o lejía al 0,5%.**

**Para preparar la solución de cloro al 0,5% es importante conocer el % de la concentración de cloro en el producto comercial disponible y se aplica la siguiente fórmula para calcular las partes de agua necesarias para mezclar con la solución del cloro comercial disponible:**

|  |
| --- |
| **Partes de agua= % de cloro en la solución comercial – 1**  **0,5%** |

**Sí el cloro comercial disponible tiene una concentración de hipoclorito de sodio al 5%, se divide esa cantidad entre 0,5 y da 10; a ese número se le resta 1 y da 9. Entonces 9 es el número de partes de agua que se mezclaran con 1 parte del cloro comercial**

**Si necesitamos por ejemplo 1 litro de preparación pondremos 900 cc de agua y le agregamos 100 cc del cloro comercial disponible al 5%**

**Una vez definidas las partes necesarias para la mezcla se procederá de la siguiente manera:**

**. Seleccionar un frasco o botella boca estrecha que este limpia y seca**

**. Identificar el envase adhiriendo un rotulo que diga “cloro al 0,5%**

**. Colocar la cantidad necesaria de agua limpia, para un día,**

**. Agregar la cantidad de cloro definida**

**. Tapar el envase y agitar**

**. Dejar reposar durante 30 minutos**

**. Usarlo sin contaminarlo (no introduciendo trapos en su interior)**

**. Si sobra, se puede guardar el frasco en un lugar oscuro y fuera del alcance de los niños que pueden confundir el contenido.**

**. Puede ser usado para limpieza en los días subsiguientes hasta por lo menos 5 días.**

**La solución se aplica en una superficie limpia, preferentemente con un paño humedecido con la solución de lejía, y se deja que la superficie permanezca mojada durante 3 – 5 minutos como mínimo. Utilizar guantes para proteger las manos mientras se prepara y aplica la solución de lejía o cloro.**

1. **Ventilar los ambientes cerrados al menos 3 veces diarias.**
2. **Limpiar periódicamente los filtros de aires acondicionados.**
3. **Facilitar la higiene de las manos manteniendo disponible en los lavamos jabón, toallines desechables y papeleras para descartar los toallines; si esto no es posible: se pueden ubicar en sitios de alto intercambio de personas, dispensadores de alcohol gel comercial que también puede ser preparado en el establecimiento.**

**El alcohol al 70% disponible en el mercado suele secar la piel si se usa solo, por lo tanto es más recomendable utilizar una solución de alcohol para limpiarse las manos.**

**Las soluciones de alcohol no sustituyen el lavado de manos con agua y jabón, pero sirven para matar los gérmenes, pero no los elimina, ni elimina la suciedad visible.**

**La solución alcohol gel se prepara mezclando 2 ml de glicerina con 100 ml de alcohol al 70% (de 60 a 90% según este disponible)**

**e. Vigilar la presencia de personas sintomáticas mediante la estrategia de “filtros sanitarios”:**

**Una actividad muy especial porque ha mostrado excelentes resultados en la experiencia internacional es la de “detectar y controlar rápidamente la presencia de personas con síntomas de infección respiratoria en el establecimiento” mediante la estrategia de filtros sanitarios que se refiere a personas capacitadas para detectar personas sintomáticas en un establecimiento y realizar acciones para evitar que transmitan la infección.**

**Para implementar esta medida en los establecimientos de cuidado infantil es necesario preparar al personal que cumplirá la función de “Filtros Sanitarios”, con la finalidad de detectar, en la entrada al establecimiento, casos sospechosos de infección respiratoria aguda entre el personal y la población infantil atendida.**

**Para preparar el desarrollo de la estrategia de filtros sanitarios se requiere:**

1. **Designar a las personas que realizarán el *filtro,* que de acuerdo con las características de cada institución puede ser: personal, representantes, etc. Y deben ser designados por la dirección.**
   1. **Es necesario que las personas designadas sean reconocidas y respetadas por la comunidad del establecimiento.**
   2. **Deben estar sanas y de ninguna manera tener sintomatología de infección respiratoria.**
   3. **El número de personas designadas para realizar el *filtro* dependerá de la cantidad de población que ingrese diariamente al establecimiento.**
2. **Informar y sensibilizar a las personas que realizarán el *filtro,* en lo posible por personal del establecimiento local de salud más accesible al centro de cuidado infantil.**
3. **Definir previamente:**
   1. **la estrategia a utilizar en la entrada del establecimiento para que todos los integrantes de la comunidad reconozcan la actividad;**
   2. **La e*strategia de organización para realizar el* filtro sanitario.**
   3. **El procedimiento para realizar la entrevista.**
   4. **La forma como se manejará el di*stanciamiento o alejamiento social dentro del establecimiento, mientras el personal enfermo se retira o mientras los niños/as enfermos son retirados por sus representantes, cuidando en todo momento: el lenguaje verbal y corporal, el tono de la voz y el trato respetuoso y sensibilidad, entre otros.***
4. **Los contenidos básicos de capacitación o información que se requiere son:**
   1. ***¿Qué es la influenza A(H1N1)?, · Formas de transmisión., · Síntomas y signos de alarma., · Medidas preventivas individuales y colectivas.***
   2. ***Conocimiento del material informativo que se entregará o estará disponible en la entrada del establecimiento.***
   3. ***Conocimiento de la guía de preguntas para detectar sospechas y las medidas a recomendar de acuerdo con las respuestas obtenidas.***
   4. ***Las medidas de protección que utilizará(n) las personas que realizan la actividad en momentos en que no se ha detectado ninguna situación anormal previa se refiere a medidas de higiene personal ya establecidas y mantener la precaución de distanciarse más de un metro de las personas sospechosas de síntomas de gripe. Estas medidas cambian si se detectan casos y se requiere implementar medidas de contención de brotes.***
5. **La *Guía de Preguntas para Efectuar el Filtro Sanitario debe contener*  preguntas dirigidas a conocer si las personas que ingresan tienen los siguientes síntomas durante el día que están siendo entrevistadas (situación en tiempo presente):**
   * + 1. **¿Tienes fiebre?**
       2. **¿Sientes dolor de cabeza?**
       3. **¿Sientes dolor muscular y/o de articulaciones?**
       4. **¿Tienes tos y/o estornudos?**
       5. **¿Tienes congestión nasal y/o catarro?**
6. **En caso de obtener al menos una respuesta afirmativa y descartarse las personas con congestión nasal que no tengan fiebre y que refieran ser alérgicas, deberá distanciarse a la persona del grupo y canalizarla dándole las instrucciones de acuerdo a lo previsto.**
7. **Si se trata de un niño y no está el representante, deberá mantenerse al niño/a en un ambiente bien ventilado, que permita distanciamiento del resto del grupo y con seguridad de que cumpla las medidas de higiene personal hasta que lleguen los padres o representantes.**
8. **Es importante vigilar que las medidas de distanciamiento social no generen discriminación o exclusión**
9. **Al cierre de cada jornada laboral se debe evaluar la estrategia para ajustar y mejorarla en los días sucesivos.**
10. **El filtro sanitario deberá realizarse diariamente durante el período que determinen las autoridades sanitarias.**

**e. Monitorear la situación epidemiológica en el establecimiento:**

**Los directores de establecimientos y el personal de atención médica, si lo hay, deben implementar mecanismos para mantener seguimiento de ausentismo en el establecimiento y motivo.**

**El seguimiento debe realizarse por ambientes y en un cuadro que permita visualizar la secuencia temporal del ausentismo y motivos; este cuadro permitirá declarar alerta y comunicar situación a la autoridad sanitaria.**

**f. Notificar oportunamente al servicio de epidemiología local y al supervisor regional de la institución.**

**La dirección del establecimiento debe interpretar como alerta y notificar al servicio local de salud o servicio de epidemiología correspondiente los siguientes eventos:**

* **La ocurrencia de 2 o más casos con síntomas de gripe o influenza en uno de los ambientes del establecimiento en un período menor de 10 días entre ambos casos.**
* **La detección de un aumento inusitado de ausentismo sin explicación aparente.**
* **El conocimiento de la hospitalización o defunción por bronquitis o neumonía de un miembro de la comunidad del establecimiento sea personal o población atendida.**

**g. Cumplir con las medidas de control en caso de brotes.**

**Una vez notificada la autoridad sanitaria y el supervisor institucional de la situación de alerta detectada, el director o directora del establecimiento debe:**

1. **Acatar los lineamientos, medidas de bioseguridad y seguimiento de casos establecidos por el servicio de salud para contener la situación.**
2. **Contribuir con la identificación de los contactos estrechos de los casos.**
3. **Establecer mecanismos para adecuar el funcionamiento del establecimiento a la nueva situación.**
4. **Establecer mecanismos para registro de eventos y notificación sanitaria inmediata.**
5. **Garantizar la disponibilidad de insumos para el cumplimiento de las recomendaciones de lavado de manos y prácticas adecuada al estornudar y toser  tales como agua, jabón, pañuelos desechables.**
6. **Extremar la limpieza y desinfección de las habitaciones y de las áreas comunes y sociales, especialmente las superficies de apoyo de manos, las mesas, sillas, escritorios, camas, juguetes, manijas, material didáctico de plástico, madera, hule, colchonetas plásticas, cunas, utensilios de comer y beber, etc.**

1. **Difundir las medidas de higiene entre el personal y visitantes para limitar los riesgos de contagio.**
2. **No se recomienda el cierre del establecimiento a menos que una gran cantidad de personal presente la enfermedad.**

**===================================================**

**Definición de términos básicos para medidas de control de brotes por influenza.**

**Enfermedad tipo Influenza (ETI): De acuerdo con el Manual de Atención a Casos DEL Ministerio del Poder Popular para Salud, edición del 2 de septiembre 2009, en Venezuela, se define como Caso Clínico de Enfermedad Tipo Influenza (ETI): *“Persona que cursa con enfermedad de inicio súbito, caracterizada por fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0) cefalea, mialgias y síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta, rinorrea), en ausencia de otros diagnósticos”.***

**Con la finalidad de operativizar la aplicación de la definición se establece 5 condiciones obligantes para calificar un caso como Enfermedad tipo Influenza (ETI):**

|  |
| --- |
| * **Aparición súbita de síntomas generales y respiratorios.** * **Fiebre igual o mayor a 38ºC** * **Al menos 1 de los siguientes síntomas generales: cefalea, mialgias, astenia.** * **Al menos 2 de los siguientes síntomas respiratorios: tos, dolor de garganta, rinorrea).** * **Ausencia de otros diagnósticos.** |

**Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG): Corresponde a casos con definición de infección respiratoria aguda que presentan dificultad respiratoria por compromiso de tracto respiratorio inferior, con o sin enfermedades concomitantes, y con indicación de manejo hospitalario (IRAG), por lo tanto es una clasificación de condición clínica del paciente.**

**En Venezuela se define como Caso Clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave: *“Persona que cursa con enfermedad caracterizada por inicio súbito de fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0), cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (tos y /o dolor de garganta, rinorrea) y que además presenta dificultad respiratoria”*.**

**Para operativizar la definición se establecen 2 posibles situaciones en los establecimientos que concentran población como las cárceles en las que es necesario identificar la presencia de casos de IRAG.**

|  |
| --- |
| * **Persona que presente cuadro compatible con definición de caso clínico de Enfermedad tipo Influenza más dificultad respiratoria y/o diagnóstico de Neumonía ó** * **Persona que presente cuadro compatible con definición de caso clínico de Enfermedad tipo Influenza y que requiera ingreso hospitalario por la gravedad del cuadro clínico que presenta.** |

**Neumonía: Con la finalidad de operativizar la calificación clínica para diagnóstico de neumonía se establece la siguiente definición de caso:**

|  |
| --- |
| **Persona de cualquier edad que presente dificultad al respirar, acompañada de fiebre y tos, con uno o más de los siguientes síntomas: ataque al estado general, dolor torácico y dificultad para respirar.** |

**Infección Respiratoria Aguda Grave inusitada o atípica: Corresponden a la definición de Caso Clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada las siguientes:**

|  |
| --- |
| * **Casos de Infección respiratoria aguda grave en:** * **personas de 5 a 65 años de edad previamente sanas** * **trabajadores de salud con antecedente de contacto con personas con ETI.** * **trabajador con exposición laboral a aves u otros animales.** * **otra exposición laboral a casos** * **personas tratadas sin mejoría a pesar de tratamiento.** * **Personas con antecedentes de viajes a otras zonas geográficas.** |
| * **Defunciones por IRAG ó neumonía de causa desconocida** |

**Agente causal: virus de Influenza**

**Reservorios y fuentes de infección: las personas que están infectadas por el virus**

**Modo de transmisión: se refiere al mecanismo o dinámica que traslada el agente causal a las personas.**

**Susceptible: personas que no hayan sufrido antes la enfermedad. En principio todos somos susceptibles a la influenza pandémica.**

**Infección: penetración y multiplicación del virus en personas susceptibles.**

**Período de Incubación: Tiempo que transcurre desde el momento de la infección hasta la aparición de los síntomas. Puede ser hasta 7 días y en promedio es de 2 a 3 días.**

**Período de transmisibilidad: tiempo durante el cual una persona infectada mantiene virus presentes en sus secreciones respiratorias y puede transmitirlo a otros o contaminar superficies al toser o estornudar. En influenza comienza desde 1 día antes y dura hasta 7 a 10 días.**

**Aerosoles respiratorios: conjunto de gotas de saliva que salen al toser o estornudar y cuyo tamaño depende de la fuerza y la presión de salida; siendo que a mayor fuerza y presión el tamaño de las partículas es más pequeño y en consecuencia pueden permanecer suspendidas más tiempo que las de mayor tamaño.**

**Brote: se refiere a la aparición de más casos de una enfermedad que los esperados en un área dada en un período de tiempo establecido. En un establecimiento, que no tiene antecedentes de casos, lo esperado es “0”, por lo tanto dos casos de personas con síntomas de gripe constituyen un brote, pero 1 caso de persona hospitalizada o fallecida por infección respiratoria aguda constituye un brote y debe ser notificado e investigado epidemiológicamente.**

**Pandemia: Epidemia de presentación global o que afecta a varios o todos los países del mundo. En consecuencia incluye el concepto de epidemia a nivel internacional.**

**Contacto: se refiere concretamente a contacto intimo, estrecho o directo y en este sentido se define como contacto a toda persona que haya interactuado de forma directa, durante los 10 días precedentes del inicio de su enfermedad, con un caso sospechoso o confirmado de infección por influenza A(H1N1), bien estando en un ambiente donde había alta probabilidad de contacto con secreciones o aerosoles respiratorios ó a una distancia menor de 2 metros. En consecuencia se considera contacto estrecho:**

* **Las personas que convivan o hayan pernoctado en la misma habitación (miembro de la familia, compañero de habitación/ dormitorio en la vivienda u hospital) de un enfermo con sospecha o confirmación de Influenza Pandémica, en los 10 días precedentes a la hospitalización o inicio de su enfermedad.**
* **Personal de salud que haya atendido casos sin mantener las medidas de precaución adecuadas.**
* **Personas que hayan tenido contacto directo (a distancia inferior a 2 metros con un caso cuando tose, estornuda o habla) con las secreciones nasofaríngeas del enfermo los 10 días precedentes al inicio de la enfermedad sin mantener las medidas de protección personal adecuadas., lo que puede incluir:**
  + **Todos los niños y personal de aula en guarderías y centros preescolares.**
  + **Todos los niños y personal del centro preescolar si aparece un caso en otra aula del mismo centro educativo.**
  + **Los compañeros frecuentes de un enfermo en establecimientos educativos de educación primaria y básica.**
  + **Aquellas personas que sean incluidas por los responsables de Salud Pública local al analizar las características de la relación sostenida de un nuevo caso con un caso sospechoso o confirmado durante los 10 días precedentes al inicio de la clínica.**

**Definición de caso: criterio epidemiológico que se establece durante la investigación de un brote para clasificar los casos como correspondientes o no al brote identificado y poder evaluar entre otros aspectos, las medidas de control.**

**Medidas inmediatas de control: se refiere a las acciones que se implementan para contener y reducir la transmisión del virus e incluyen:**

* + **Cumplimiento estricto de las medidas de higiene respiratoria y lavado de manos.**
  + **Limpieza de ambientes y superficies probablemente contaminadas.**
  + **Aislamiento de casos, que puede ser domiciliario, hospitalario o institucional.**
  + **Cuarentena en contactos: seguimiento de personas en condiciones de “aislamiento” por corresponder a “contacto estrechos de casos” con la finalidad de realizar monitoreo diario de temperatura y detectar inicio de síntomas. Sí en 7 días no ha iniciado síntomas, la persona no estaba infectada al momento de iniciar la cuarentena.**
  + **Quimioprofilaxis: suministro de medicamento antiviral a contactos estrechos que se administra sólo en casos indicados por el equipo de salud.**
  + **Eliminación y tratamiento de artículos contaminados en forma adecuada: eliminar en bolsas plásticas bien cerradas toallines desechables en contacto con secreciones respiratorias y lavar o limpiar con solución al 0,5% de cloro artículos en contacto con secreciones respiratorias.**